

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
HU	AP		CS ALMUDEVAR	LAFUENTE ARIÑO EVA	2019_0545	A	PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL C.S.ALMUDEVAR
HU	AP		CS ALMUDEVAR	SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR	2019_0379	A	MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS
HU	AP		CS ALMUDEVAR	PUEYO VAL OLGA	2019_0619	A	RE-ANIMANDO LAS AULAS
HU	AP		CS ALMUDEVAR	ROYO ROYO SILVIA	2019_0689	A	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN LA ZONA DE SALUD DE ALMUDEVAR
HU	AP		CS AYERBE	PEREZ GAMAZO VANESSA	2019_0068	A	PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE
HU	AP	1111	CS BERDUN	FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER	2019_0163	A	TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD
HU	AP	1111	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2019_0870	A	OPTIMIZACION DE LOS CANALES DE COMUNICACION INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDUN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL
HU	AP		CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2019_0327	A	PASEOS SALUDABLES
HU	AP		CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	2019_0409	A	MAPA: IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP		CS BROTO	TORRERO BESCOS YOLANDA	2019_1428	A	MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP		CS GRAÑEN	CABAÑUZ LATORRE MERCEDES	2019_0652	A	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES
HU	AP		CS GRAÑEN	VELILLA ALONSO TERESA	2019_1399	A	ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
HU	AP		CS GRAÑEN	QUINTANA VELASCO CARMEN	2019_1403	A	ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
HU	AP	1106	CS HECHO	MONTON AGUARON NOELIA	2019_0134	A	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE C.S.HECHO
HU	AP	1106	CS HECHO	ESCANILLA SAMPER PILAR	2019_0130	A	TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION
HU	AP		CS HUESCA RURAL	DELGADO BAVAI PALOMA	2019_1153	A	PROMOCION DE LA SALUD EN AL ADOELSCECNIA A TRAVES DE LA ESCUELA
HU	AP	1110	CS JACA	BELTRAN BURILLO CRISTINA	2019_0608	A	EVALUACION DE UN PLAN DE FORMACION E IMPLANTACION DEL EMPLEO DEL DERMATOSCOPIO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	1110	CS JACA	LORENTE AZNAR TEOFILO	2019_0617	A	EVALUACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE ECOGRAFIA DESDE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	1110	CS JACA	NOVO VAZQUEZ MARIA DE LA MERCED	2019_1132	A	TERAPIA GRUPAL PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS: PROGRAMA BASADO EN TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS SEGUN EL PROGRAMA DE PEDRO MORENO COMPLEMENTADO CON COMPONENTES DE ACT
HU	AP	1110	CS JACA (SALUD BUCODENTAL)	OTO CONDON NOEMI	2019_0176	A	PROGRAMA DE MEJORA DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA EMBARAZADA
HU	AP	1114	CS PIRINEOS	BARRUECO OTERO ENRIQUE	2019_1090	A	PROYECTO DE MEJORA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II MEDIANTE EL USO DE UNA TABLA PRACTICA DE NUEVOS ANTIDIABETICOS
HU	AP	1114	CS PIRINEOS	ELFAU GRACIA LAURA	2019_1198	A	TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO
HU	AP	1114	CS PIRINEOS (SALUD BUCODENTAL)	RIVERO GRACIA YOLANDA	2019_0004	A	TALLER DE ALIMENTACION SALUDABLE E HIGIENE BUCODENTAL
HU	AP	1114	CS PIRINEOS (SALUD BUCODENTAL)	RIVERO GRACIA YOLANDA	2019_1328	A	TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE
HU	AP	1114	CS PIRINEOS (SALUD BUCODENTAL)	HIDALGO OLIVARES GONZALO	2019_1374	A	SALUD BUCODENTAL EN EL EMBARAZO
HU	AP	1114	CS PIRINEOS	HIDALGO OLIVARES GONZALO	2019_0414	A	ATENCION A LA SALUD BUCODENTAL DE LA EMBARAZADA
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	CANO SANCHEZ MARGARITA	2019_0473	A	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	GONZALEZ TORRES EDUARDO	2019_0987	A	PROYECTO DE IMPLANTACION DE RECEPCION DE MENSAJES SOBRE LA APP WHATSAPP PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN EL CS SABIÑANIGO
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2019_0798	A	PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS	2019_0036	A	TALLER DE DELIBERACION EN BIOETICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	GOMEZ TAFALLA BLANCA	2019_0492	A	LA SALUD VISITA LA ESCUELA
HU	AP	1112	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2019_0800	A	MI DIETA Y YO (CONTINUACION)
HU	AP	1108	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2019_0110	A	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	1108	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2019_0627	A	CHISPANDO A LA VIDA
HU	AP	1108	CS SANTO GRIAL	LANAO MARTIN ADOLFO	2019_1272	A	JOVENES AUNQUE SOBRADEMENTE SALUDABLES
HU	AP	1108	CS SANTO GRIAL	ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS	2019_0149	A	OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA
HU	AP	1113	CS SARIÑENA	GAZOL PERIZ YOLANDA	2019_0152	A	MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC
HU	AP	1113	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2019_0159	A	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	1113	CS SARIÑENA	CAMPO REVILLA ISABEL	2019_0174	A	ESTUDIO DEL CIRCUITO DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOESQUELETICA
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSICOLOGIA CLINICA)	GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL	2019_0971	C	TERAPIA DE REMINISCENCIA PARA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DE CRP
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	PLANO VIDOSA PILAR	2019_0511	C	INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	ELBOJ SASO MARTA	2019_0582	C	AMBIENTE TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUIAS DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	MATEO VALLS ISABEL	2019_1116	C	CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	GALVEZ CALABRIA MARTA	2019_1124	C	EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	GARCIA PARDOS ANA MARIA	2019_1212	C	MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	BEJAR MARIN ENRIQUE	2019_0624	C	LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS
HU	HOSP		CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	SANZ SANZ HELENA	2019_0886	C	PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME
HU	HOSP		CSS SGDO CORAZON DE JESUS (FARMACIA HOSPITALARIA)	COMPAIRED TURLAN VICENTE	2019_0469	C	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP		CSS SGDO CORAZON DE JESUS (FARMACIA HOSPITALARIA)	CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA	2019_0471	C	MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2019_0027	C	ATENCION INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2019_0293	C	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	AYALA LOPEZ BEGOÑA	2019_0310	C	ELABORACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE TCAE DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP		CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	QUILEZ PINA RAQUEL	2019_0695	A	MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	IBOR MARCUELLO MONICA	2019_0949	C	MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS
HU	HOSP		CSS SGDO CORAZON DE JESUS (HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA)	GALAN LATORRE LETICIA	2019_0142	A	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	CALVO PARDO AURORA	2019_0869	C	MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA
HU	HOSP	CSSSCJ	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (PSIQUIATRIA)	ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA	2019_0538	A	MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	HJACA	H JACA (URGENCIAS)	POVEDA SERRANO PILAR	2019_0815	A	IMPLANTACION DE PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ALERGOLOGIA)	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2019_0632	A	ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS POLENES DE HUESCA A TRAVES DE LA MEDICION DE LOS NIVELES ATMOSFERICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE	LLIMIÑANA ORDAS CARMEN	2019_0138	A	PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(ANALISIS CLINICOS)				JACA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANALISIS CLINICOS)	GARCIA CLAVER AINOHA	2019_0139	A	ADECUACION DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANALISIS CLINICOS)	VALLES DIEZ IÑAKI	2019_0140	A	"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLOURESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANALISIS CLINICOS)	SEGURA ISARRE MARIA ANGELES	2019_1330	A	ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	VIDAL MAYO ANA	2019_0796	A	POSTER INFORMATIVO REFERENTE AL TRATAMIENTO Y CONSERVACION DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	CASADO GONZALEZ MARIA PILAR	2019_0823	A	REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2019_0849	A	OPTIMIZACION Y DINAMIZACION DE LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	NAJAR SUBIAS MONICA	2019_0010	C	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	MOLINA TRESACO PAOLA	2019_0050	A	¿NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN EL ADULTO? PREVENCIÓN Y ACTUACION
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2019_0056	A	ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	CARRION PAREJA JUAN CARLOS	2019_0537	A	PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	FERNANDEZ GIL MARTA	2019_1412	A	ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	INGLES SANZ CRISTIAN	2019_0243	A	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	SANCHO GRACIA NOEMI IVANA	2019_0337	A	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA	2019_0432	A	CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	GRACIA AZNAREZ MARIA	2019_0454	A	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2019_0873	A	CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACION DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSION PERIODICA DE DIURETICOS E INOTROPOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	ARTERO BELLO PILAR	2019_1379	A	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GARCIA DOMINGUEZ MELODY	2019_0857	A	MEJORA DEL MANEJO TERAPEUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	TALAL EL ABUR ISSA	2019_0858	A	ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GODED BROTO IGNACIO	2019_0995	A	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA DEL CANCER COLORRECTAL
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PALACIO BARRABES JESSICA	2019_0387	A	PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	SANCHO RODRIGO MARTA	2019_0477	A	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACION DE YESO

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	EZQUERRA HERRANDO LAURA	2019_0745	A	ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2019_0781	A	PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPOROTICA TRAS FRACTURA DE CADERA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CASTILLO CORTES LORETO	2019_1493	A	VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIZACION
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OTROS (ESPECIFICAR))	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2019_0033	A	SESIONES INFORMATIVAS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (CONTROL DE GESTION)	MONTERO ALONSO GEMMA	2019_0569	A	ADECUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (DERMATOLOGIA)	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2019_0640	A	CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (DERMATOLOGIA)	PRIETO TORRES LUCIA	2019_0839	A	CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	LUE ALBERTO	2019_1155	A	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2019_1238	A	MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	ASPURU RUBIO KATTALIN	2019_1357	A	PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIOS TRAS UNA COLONOSCOPIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	ALTEMIR TRALLERO JARA	2019_0251	A	DESARROLLO DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GENERO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ESTERILIZACION)	LAGLERA BAILO LORENA	2019_0914	A	GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MURILLO FLOREZ ILDA	2019_0150	A	PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA . 2019
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MARCO BETES VICTOR	2019_0318	A	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	LACALLE AICUA LAURA	2019_0698	A	REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	SECORUN PACO CRISTINA	2019_1373	A	ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (HOSPITALIZACION)	CALLEN SALVATIERRA MONICA	2019_0306	A	MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (INFORMATICA)	PABLO JULVEZ SILVIA	2019_0907	A	PROTOCOLO PARA ACTUALIZACION CONTINUADA Y PUBLICACION DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (INFORMATICA)	VIBAN FORTUNY JESUS	2019_1459	A	MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MATERNO-INFANTIL)	LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL	2019_0854	A	VIA CLINICA CESAREA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	BESCOS VAQUERO SANDRA	2019_0275	A	HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	EITO ARNAL ANTONIO JOSE	2019_0280	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES ADVERSOS EN UCI
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	LANDER AZCONA ARANZAZU	2019_0556	A	PREVENCION DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA Sonda URETRAL EN LOS PACIENTES CRITICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	PELAY CACHO RAQUEL	2019_0021	C	IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	OMISTE SANVICENTE TERESA	2019_0372	A	ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	ANDRES GARCIA DANIEL	2019_0375	A	VALORACION DE HIPERTENSION ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO	2019_0441	A	INTERPRETACION DE MEDIDAS AMBULATORIAS DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) ENTRE EL C.S DE BARBASTRO Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA Y TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS BASADAS EN LA MAPA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	JUSTE GRACIA MARIA BLANCA	2019_0801	A	CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	TORRES SOPENA LUIS	2019_0083	A	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	CORED NASARRE ROSA	2019_0336	A	POSTER INFORMATIVO TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	BETRAN ESCARTIN ANA I	2019_0341	A	EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LUIS GRACIA ANA MARIA	2019_0696	A	MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS DE LABORATORIO)
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2019_0148	A	IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	FELEZ JUSTES ISABEL	2019_0252	A	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVES DE LA EVALUACION DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	BEIRED VAL INES	2019_0290	A	PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	MARTINEZ BURILLO ALBA	2019_0302	A	VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN	2019_1336	A	PROTOCOLO DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	PABLO ZARO MARIA JESUS	2019_1118	A	IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	TORDESILLAS LIA CARLOS	2019_0203	A	APLICACION PRACTICA DE LA TOXINA BOTULINICA EN NEUROLOGIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	GARCIA GOMARA MARIA JOSE	2019_0553	A	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	ARTAL ROY JORGE	2019_0731	A	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACION AL SISTEMA DE CODIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	GRACIA FERNANDEZ LORENA	2019_0969	A	CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGIA DE HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2019_1347	A	PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGIA CEREBROVASCULAR
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MACHIN RICOL MARIA PILAR	2019_0246	A	IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MARTIN TARIFA LAURA	2019_0269	A	VIA CLINICA PARTO NORMAL
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BELLOC GARCIA MARIA JOSE	2019_0296	A	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DE ANDRES GONZALEZ ROCIO	2019_0301	A	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ZABAU FERMOSELLE JARA	2019_0546	A	INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESAREA UNIFICADO (GINECOLOGIA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ALLER CONDE MARIA	2019_0770	A	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ABAD RUBIO CRISTINA	2019_0813	A	EVALUACION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2019_0802	A	COORDINACION ENTRE OFTALMOLOGIA Y ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA DE LA CATARATA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	ARA GABARRE MIRIAN	2019_0851	A	CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (ONCOLOGIA MEDICA)	MADANI PEREZ JULIA	2019_0353	A	CREACION DE UN COMITE MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLOGICOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OTORRINOLARINGOLOGIA)	FONTANA CALVO MARIA ISABEL	2019_1240	A	REVISION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (OTORRINOLARINGOLOGIA)	BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES	2019_1242	A	PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	CONGOST MARIN SOFIA	2019_0418	A	FORMACION EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE TALLERES TEORICOPRACTICOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	VALLES SANTOLARIA ALBA	2019_0467	A	APOYO TELEFONICO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL POSPARTO INMEDIATO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	LOPEZ UBEDA MARTA	2019_0630	A	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PSICOLOGIA CLINICA)	MORER BAMBA BARBARA	2019_0106	A	ABORDAJE PSICOLOGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	ALAYETO GASTON MARIAN	2019_0032	A	DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE AL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2019_0264	A	ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	LATAPIA LOPEZ CONCEPCION	2019_0682	A	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (RADIOLOGICO)	MARQUINA MARTINEZ DIANA	2019_0181	A	CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (RADIOLOGICO)	BORIA ALEGRE ALVARO	2019_0311	A	INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (RADIOLOGICO)	MONTEJO GAÑAN INMACULADA	2019_1394	A	MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (REHABILITACION)	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2019_0213	A	DESARROLLO DE INFORMACION ANTES DE LA RECEPCION DE PROTESIS DE RODILLA EN EL H SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (REHABILITACION)	AZANZA PARDO JORGE	2019_1352	A	INFORMATIZACION DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE ELECTROTHERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (SUPERVISION DE ENFERMERIA)	RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR	2019_1024	A	PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (UNIDAD DEL DOLOR)	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2019_0877	A	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (URGENCIAS)	SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN	2019_0544	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (URGENCIAS)	MEJIA ESCOLANO DAVID	2019_0730	A	IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (URGENCIAS)	TEJEDOR MEDEZ REBECA	2019_1466	A	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (UROLOGIA)	BONO ARIÑO ARACELI	2019_0719	A	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CANCER DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (UROLOGIA)	GARCIA RUIZ RAMIRO	2019_1485	A	OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA (CP) DE BAJO/MUY BAJO RIESGO (EBR)
HU	HOSP	220015	H SAN JORGE (UROLOGIA)	GARCIA FERRANDO MARIA PILAR	2019_1494	A	IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
BA	AMB	USMBAR	USM BARBASTRO (PSICOLOGIA CLINICA)	MORA PARDINA TERESA	2019_0649	A	BIBLIOTERAPIA COMO COMPLEMENTO TERAPEUTICO EN LA USM DE BARBASTRO
BA	AMB	USMJBA	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO (PSIQUIATRIA)	GARCIA LACOMA MERCEDES	2019_0605	A	PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA
BA	AMB	USMBAR	USM MONZON (TRABAJO SOCIAL)	ABAD RUIZ ALODIA	2019_0955	A	GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
BA	AP		CS AINSA	ULLATE JIMENEZ ISABEL MARIA	2019_0268	A	PROMOCION Y APOYO AL PROYECTO "COMEDORES ESCOLARES SOSTENIBLES EN EL MEDIO RURAL"
BA	AP		CS AINSA	PERA FERRAZ CARMEN	2019_0284	A	MEJORA DE LA CAPTACION Y VALORACION DEL PACIENTE DEPENDIENTE EN LA RESIDENCIA "LA SOLANA"
BA	AP		CS AINSA	ARCAS LALIENA ALBA	2019_0338	A	REANIMANDO SOBRARBE
BA	AP		CS AINSA	ZAPATERO CASEDAS ANA	2019_0868	A	IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO METODO DE CAPTACION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE AINSA
BA	AP		CS AINSA	CASTILLON ESPUÑA ASUNCION	2019_1446	A	IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL CS AINSA
BA	AP		CS ALBALATE DE CINCA	PARDO VAQUERO CARLOS	2019_0182	A	PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA
BA	AP		CS ALBALATE DE CINCA	MARCEN BENEDICO TATIANA	2019_0185	A	CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO
BA	AP		CS ALBALATE DE CINCA	AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER	2019_0245	A	SOPORTE VITAL CON DEA PARA POBLACION NO SANITARIA
BA	AP		CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2019_0265	A	ORGANIZACION HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA
BA	AP		CS ALBALATE DE CINCA	ARNAL CALVO BLANCA	2019_0367	A	NOCIONES BASICAS DE PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE 5º Y 6º DE PRIMARIA
BA	AP	1204	CS BARBASTRO	MARTI JARNE FERNANDO	2019_0894	A	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO
BA	AP	1204	CS BARBASTRO	ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA	2019_0737	A	PROYECTO DE UNIFICACION EN LAS RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y ELABORACION DE UNA HOJA INFORMATIVA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS
BA	AP		CS BENABARRE	LATORRE AGUILAR IGNACIO	2019_0940	A	SALUD COMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO "DOCTUBERS"
BA	AP		CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2019_0954	A	EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD
BA	AP		CS BENABARRE	ALORDA COMAS JOANA	2019_0997	A	ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP. CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO
BA	AP		CS BENABARRE	LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE	2019_1296	A	ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD
BA	AP		CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2019_0146	A	INTEGRAR LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL
BA	AP	1207	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2019_1395	A	¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?
BA	AP	1208	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2019_0051	A	TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE BENASQUE
BA	AP	1208	CS CASTEJON DE SOS	FRANCO ANGUSTO REYES	2019_0121	A	TALLER DE HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL C. R. A. ALTA RIBAGORZA. COLEGIO DE LASPAULES : SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL
BA	AP	1208	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2019_0291	A	ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE
BA	AP	1209	CS FRAGA	SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES	2019_0136	A	EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES
BA	AP	1209	CS FRAGA	MILLANES GALLINAT PATRICIA	2019_0165	A	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA - ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	1209	CS FRAGA (SALUD BUCODENTAL)	SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA	2019_1291	A	MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA
BA	AP	1210	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2019_1397	A	APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO
BA	AP	1211	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2019_0701	A	ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	1211	CS LAFORTUNADA	ABRUL ESCO MARIA REYES	2019_1451	A	IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACION

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							CARDIOPULMONAR BASICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DE VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU
BA	AP		CS MEQUINENZA	BARRERO MUÑOZ VANESSA	2019_0073	A	ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	AP		CS MEQUINENZA	CALDERO SANTIAGO LIDIA	2019_0074	A	MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS
BA	AP		CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2019_0354	A	GESTION ALMACEN DE FARMACIA
BA	AP		CS MEQUINENZA	JUAREZ CASTELLO PILAR	2019_0355	A	GESTION ALMACEN MATERIAL
BA	AP		CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2019_0109	A	IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP		CS MONZON RURAL	MARTIN VIDAL MARIA JESUS	2019_0137	A	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC
BA	AP	1213	CS MONZON URBANO	LAMARCA GAY ROCIO	2019_1443	A	GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON
BA	AP	1214	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2019_0183	A	CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C.S. TAMARITE DE LITERA
BA	AP	1214	CS TAMARITE DE LITERA	BETRAN HERRERA PATRICIA	2019_0706	A	INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CETRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO!!
BA	AP	PBA	DAP BARBASTRO	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2019_0006	C	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)
BA	AP	PBA	DAP BARBASTRO	CLEMENTE ROLDAN EDUARDO	2019_0014	C	MEJORA GLOBAL DE LA ESTRUCTURA DE LA INFORMACION DE LOS SERVIDORES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	PBA	DAP BARBASTRO	MONCLUS MURO ANA TERESA	2019_0016	C	GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	PBA	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE	2019_0018	C	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DIAGNOSTICO NUEVO DE FIBRILACION AURICULAR
BA	HOSP	CSNBJC	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (BLOQUE QUIRURGICO)	CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA	2019_1369	A	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	CSNBJC	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (BLOQUE QUIRURGICO)	IRICIBAR MIR LAURA	2019_1372	A	CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACEN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
BA	HOSP	CSNBJC	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (BLOQUE QUIRURGICO)	LOPEZ MUR LEYRE	2019_1375	A	ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	FONTAN ABAD ADRIAN	2019_0072	A	PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO Y MONITORIZACION DE LAS DIFERENTES GAMMAPATIAS MONOCLONALES
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2019_0490	A	PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	SOPENA MURILLO ANA	2019_1048	A	EVALUACION DE LA DEMANDA DEL ESTUDIO GENETICO DE HEMOCROMATOSIS BASADO EN ALGORITMOS DIAGNOSTICOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MARTA CARLO BRUNO	2019_0722	A	ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE MUCOSA GASTRICA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANATOMIA PATOLOGICA)	CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA	2019_0726	A	MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANATOMIA PATOLOGICA)	VALLE LARREGOLA MONTSERRAT	2019_1184	A	GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO QUE SALE DEL SERVICIO A CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANATOMIA PATOLOGICA)	ALCINA BERTOMEU ROBERTO	2019_1197	A	REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2019_0369	A	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	LATRE SASO CRISTINA	2019_0376	A	USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2019_0724	A	MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2019_0734	A	MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ	2019_0365	A	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ALONSO AYERBE LAURA	2019_1038	A	MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIETETICA Y NUTRICION)	PALACIN ARIÑO CLARA	2019_0356	A	OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	CHARRO CALVILLO MARA	2019_0848	A	ORGANIZACION DE LA GESTION Y RESOLUCION PRACTICA DE LAS CONSULTAS TELEFONICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	CAMO MONTERDE PATRICIA	2019_1125	A	INDICACION DE SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL	2019_1278	A	EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	COSCOJUELA QUIROGA ANA	2019_1344	A	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTION DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO. SECCION DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (DIRECCION)	PUYAL MELE ANA	2019_0397	A	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANIRATIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIEMTOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2019_0323	A	EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	MALO ASO ALEJANDRA	2019_0702	A	MANUAL PARA LOS COLOBORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DEL DOCENTE
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GOMEZ RIVAS PAULA	2019_0742	A	INTEGRACION DE LA FORMULACION MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	BUSTOS MORELL CRISTINA	2019_1150	A	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACION PCH-FARMATOOLS-PYXIS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (GERIATRIA)	BIBIAN GETINO CLARA	2019_0108	A	CONSULTA DE VALORACION GERIATRICA INTEGRAL PREVIA A CIRUGIA ELECTIVA DE CADERA Y RODILLA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (GERIATRIA)	BIBIAN GETINO CLARA	2019_0231	A	MEJORANDO LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA. ACTUALIZACION DE TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	ROMERO QUEZADA LORIS	2019_0077	A	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	YUS CEBRIAN FLOR	2019_0079	A	CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2019_0333	A	OPTIMIZACION Y UNIFICACION DE CRITERIOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA A HEMATOLOGIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (HEMODIALISIS)	RAMOS ESPAÑOL PILAR	2019_1293	A	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS)	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2019_0029	A	SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	ZAMORA ELSON MONICA	2019_0170	A	DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2019_0422	A	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	CAMPO SIN ALICIA V	2019_0712	A	ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	BAGÜESTE MORAN PATRICIA	2019_0105	A	MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	FRANCO LANA O ALEGRIA	2019_0332	A	PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	BOLEA LADERAS LAURA	2019_0497	A	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	ALPIN DEMUR MARIA ANGELES	2019_0773	A	EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	PEYRET FERRER INMACULADA	2019_0811	A	MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							ESPECIALIDADES MEDICAS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ROBRES GUILLEN PILAR	2019_0013	C	MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2019_0229	A	VALORACION DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACION MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA	2019_0247	A	CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	GARCIA HERVAS MARIA AMELIA	2019_0249	A	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2019_0656	A	HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2019_0683	A	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT)
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2019_0200	A	PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS)
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2019_0282	A	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CASTELLA SEGARRA MARTA	2019_0308	A	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR.DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	FLORIAN GERICO JESUS	2019_0002	A	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2019_0340	A	ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL DEFICIT DE HIERRO Y LA ANEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	FLORIAN GERICO JESUS	2019_0347	A	PLAN DE VACUNACION CONTRA EL NEUMOCO EN PACIENTES ONCOLOGICOS INMUNODEPRIMIDOS
BA	HOSP	CMEBAR	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2019_0099	A	ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ORTE ALDEA CARMEN	2019_0304	A	DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2019_0145	A	PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2019_0172	A	ACTUACION INICIAL, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO	2019_0507	A	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE EL HOSPITAL EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (REHABILITACION)	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2019_0178	A	INCORPORACION DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACION
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (REHABILITACION)	MESEGUER GAMBON EVA MARIA	2019_1348	A	PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (REUMATOLOGIA)	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2019_0915	A	IMPACTO DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA PRESENCIAL DE REUMATOLOGIA EN EL AÑO 2019
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (REUMATOLOGIA)	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2019_0916	A	COMPLETAR EN CONSULTA DE ENFERMERIA DE REUMATOLOGIA EL CUESTIONARIO RAPID-3 DE ACTIVIDAD CLINICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE FORMA PREVIA A SER VISTOS PRESENCIALMENTE EN CONSULTA REUMAT
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (UCI)	ZAMORA ELSON MONICA	2019_0094	A	VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (URGENCIAS)	GONZALEZ GIMENO MARIA CRISTINA	2019_0878	A	PROYECTO DE MEJORA PARA LA RECOGIDA, TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (URGENCIAS)	MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA	2019_0977	A	EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (UROLOGIA)	FIERRO UNSAIN MARTA	2019_1083	A	USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTATICOS EN UROLOGIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
BA	HOSP	220054	H BARBASTRO (USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO)	RIVAS CALVETE MARTA	2019_1439	A	PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)
El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
TE	AP	4801	CS ALBARRACIN	SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS	2019_0157	A	EVALUACION DEL SCREENING DEL CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN 2018
TE	AP	4801	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2019_0470	A	MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	4801	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2019_0483	A	FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS
TE	AP	4801	CS ALBARRACIN	BESER MORTE CRISTINA	2019_0633	A	APLICACION DE LA TECNICA MÓLDNAL EN LA CICATRACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP		CS ALFAMBRA	PALACIOS MEDRANO JESUS	2019_0211	A	OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP		CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2019_0212	A	CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP		CS ALIAGA	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2019_0064	A	ESTUDIO DE LOS FRCV EN LA ZBS DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO
TE	AP		CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2019_0416	A	BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO
TE	AP	4804	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	2019_0158	A	PROYECTO DE UNIFICACION EN LA TOMA DE DATOS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA PARA LOS AVISOS URGENTES DOMICILIARIOS
TE	AP	4804	CS BAGUENA	GRACIA MALO CRISTINA	2019_0197	A	OPTIMIZACION Y ADECUACION DEL CONTENIDO DEL MALETIN DE URGENCIAS, VITRINA DE PARADAS DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C. S. DE BAGUENA
TE	AP	4804	CS BAGUENA	TERRADO SERRANO MARIA ASCENSION	2019_0381	A	TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS
TE	AP	4804	CS BAGUENA	BERNAL ASENSIO ANA ROCIO	2019_0697	A	LAS HISTORIAS CLINICAS EN PAPEL DEL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA TODAVIA TIENEN MUCHO QUE CONTAR
TE	AP	4805	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2019_0214	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL
TE	AP	4805	CS CALAMOCHA	LAHOZ ABADIAS RAQUEL	2019_0772	A	RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD
TE	AP	4805	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2019_0979	A	ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO
TE	AP	4806	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2019_0274	A	REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C. S. CEDRILLAS
TE	AP	4806	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2019_0415	A	EDUACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION
TE	AP	4807	CS CELLA	GIL VALERO MARIA PILAR	2019_0295	A	MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN EL C.S. DE CELLA
TE	AP	4807	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2019_0520	A	HERRAMIENTAS PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LA POBLACION DE LA ZBS DE CELLA
TE	AP	4807	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2019_1265	A	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA
TE	AP		CS MONREAL DEL CAMPO	FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO	2019_0463	A	BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO
TE	AP		CS MONREAL DEL CAMPO	ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES	2019_0481	A	MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD
TE	AP		CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2019_0319	A	ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS
TE	AP		CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2019_0237	A	DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES
TE	AP		CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2019_0238	A	ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL
TE	AP		CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2019_0573	A	PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO SALUD DE SANTA EULALIA
TE	AP	4811	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO DOLORES	2019_0950	A	REALIZACION INDICE TOBILLO- BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO
TE	AP	4811	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BLAS GOMEZ CONSUELO	2019_0952	A	ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL AMBITO ESCOLAR
TE	AP		CS SARRION	ABADIA PUYUELO ALVARO	2019_0705	A	CAPTACION OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCION ORDINARIA Y LA ATENCION CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNOSTICA DE LA EPOC
TE	AP		CS TERUEL CENTRO	SALESA NAVARRO LUCIA	2019_0297	A	PROYECTO DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO
TE	AP	061ARA	CS TERUEL CENTRO	MARTIN RODRIGUEZ MARIA	2019_0906	A	TALLER FORMATIVO SOBRE MANIOBRAS Y PAUTAS BASICAS DE ACTUACION ANTE LA EMERGENCIA PARA ENTRENADORES DE EQUIPOS DEPORTIVOS
TE	AP		CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2019_1000	A	MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP		CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO	2019_1321	A	RECETA DEPORTIVA
TE	AP		CS TERUEL CENTRO	ABAD POLO LAURA	2019_1380	A	CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO
TE	AP		CS TERUEL ENSANCHE	MONTON BARRERA ESTRELLA	2019_0405	A	LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES
TE	AP		CS TERUEL ENSANCHE	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2019_0062	A	EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUOLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA (CONTINUACION)
TE	AP		CS TERUEL ENSANCHE	ROMERO POBO DOMINICA	2019_0143	A	IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL EN NUESTROS HIJOS
TE	AP		CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA CARMEN	2019_0561	A	MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP		CS TERUEL ENSANCHE (SALUD BUCODENTAL)	ROSA MORALEDA SUSANA	2019_0059	A	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL. CONTINUACION
TE	AP		CS UTRILLAS	BLAZQUEZ ORNAT ISABEL	2019_0184	A	CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO
TE	AP		CS UTRILLAS	LAZARO BELLA MERCEDES	2019_0628	A	MEJORA EN LA ORGANIZACION DEL PROCESO PREANALITICO, FUNCIONES Y ACCESO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS (TERUEL)
TE	AP		CS VILLEL	GARCIA GARCIA MARIA PILAR	2019_0500	A	INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL
TE	AP		DAP TERUEL	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2019_0535	C	APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE LA VIDA
TE	AP		ESAD TERUEL (ESAD)	AGUDO RODRIGO MARTA	2019_1202	A	MEJORA ATENCION AL PACIENTE CON NECESIDADES PALITIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP		ESAD TERUEL (ESAD)	ALEGRE MARTIN ROSA MARIA	2019_1366	A	IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION ASISTENCIAL PRESENCIAL
TE	HOSP	CRPSJD	CRP SAN JUAN DE DIOS (PSIQUIATRIA)	YUSTE VICENTE FELISA	2019_0587	C	ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE
TE	HOSP	CRPSJD	CRP SAN JUAN DE DIOS (ULE/PSICOGERIATRIA)	GOMEZ CHAGOYEN BLANCA	2019_0578	C	IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA "PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE" EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA Y LARGA ESTANCIA DEL CSS SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL
TE	HOSP	CRPSJD	CRP SAN JUAN DE DIOS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	VAL CLAU MARIA JOSE	2019_0637	C	IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA "PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE" EN LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA Y CENTRO DE DIA DEL CRP "SAN JUAN DE DIOS" DE TERUEL
TE	HOSP	CRPSJD	CRP SAN JUAN DE DIOS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	RUEDA MARQUES BEATRIZ	2019_0879	C	PROGRAMA DE HABITOS SALUDABLES EN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
TE	HOSP	CRPSJD	CRP SAN JUAN DE DIOS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2019_1126	C	PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	CSSSJO	CSS SAN JOSE (FARMACIA HOSPITALARIA)	MONFORTE GASQUE MARIA PILAR	2019_1187	C	EVALUACION DE LA CARGA ANTICOLINERGICA EN PACIENTES GERIATRICOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO
TE	HOSP	CSSSJO	CSS SAN JOSE (FARMACIA HOSPITALARIA)	HERNANDEZ MARTIN JULIA	2019_1261	C	REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS
TE	HOSP	CSSSJO	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	DIAZ GARCIA MILAGROS	2019_0023	C	ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN AMBITO HOSPITALARIO
TE	HOSP	CSSSJO	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	GALA SERRA CARLOS	2019_0168	C	DESPRESCRIPCION EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRIA
TE	HOSP	CMESJO	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	MONTERO CERCOS PURIFICACION	2019_0434	C	PREVENCION Y MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR
TE	HOSP	CSSSJO	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2019_0440	C	ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
TE	HOSP		CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	PAREDES NOGALES IRENE	2019_0900	C	ANTICOAGULACION ORAL EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE TERUEL
TE	HOSP	CSSSJ0	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES	2019_0966	C	CONSULTA DE ORTOGERIATRIA: REVISION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSSSJ0	CSS SAN JOSE (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD	2019_1320	C	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDCPM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ALERGOLOGIA)	QUINTANA MARTINEZ VARA DE REY MACARENA	2019_0091	A	SENSIBILIZACION A HIMENOPTEROS EN EL AREA DE TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2019_0321	A	REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2019_0918	A	ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACION DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	VALERO ADAN ADELA	2019_1334	A	MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALEGRE SORIANO SARA	2019_0003	A	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MURCIANO GARCIA FERNANDO	2019_0728	A	BLOQUEOS ANALGESICOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR POR ECOGRAFIA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALONSO SALAS REBECA	2019_1400	A	PROTOCOLIZACION E IMPLANTACION DE FICHA DE MODIFICACION/RETIRADA DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN PACIENTE PERIOPERATORIO, EN EL AMBITO DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	UNGRIA MURILLO JULIA	2019_1432	A	TRADUCCION AL ARABE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (BLOQUE QUIRURGICO)	CAMPILLO DOBON EVA	2019_0733	A	IMPLANTACION DEL REGISTRO DE LA RECEPCION Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CARDIOLOGIA)	VILLAMON NEVOT MARIA JOSE	2019_0899	A	INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	IRANZO GARCIA CONCEPCION	2019_0920	A	MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA Y DIGESTIVO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	FERNANDEZ PERA DIEGO	2019_1002	A	IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA COLO-RECTAL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2019_0309	A	MOVILIZACION ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR	2019_0834	A	REUNION INFORMATIVA PREVIA A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA (APC)
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA	2019_0841	A	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (DERMATOLOGIA)	BALLANO RUIZ ADRIAN	2019_0475	C	IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2019_0205	A	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2019_0011	A	DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (FARMACIA HOSPITALARIA)	NAVARRO PARDO IRENE	2019_0026	A	SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCION, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2019_0218	A	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO	PEREZ MARTINEZ MARIA DEL	2019_0220	A	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS Y

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(MEDICINA INTENSIVA)	CARMEN			DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTERNA)	ZABALA LOPEZ SERGIO	2019_0874	A	ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTERNA)	GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES	2019_1210	A	IMPLANTACION DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCION DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACION DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL H.OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	2019_0661	A	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	VICENTE VICENTE ANA	2019_0346	A	TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (NEUMOLOGIA)	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2019_0769	A	TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2019_0316	A	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	JARAUTA LAHOZ LAURA	2019_0956	A	CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	COLECHA MORALES MARTA	2019_0156	A	SEGUIMIENTO TRAS LA APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SPINOSO CRUZ VICENTE	2019_0208	A	INCORPORACION DE LOS INFORMES ECOGRAFICOS EN LA HISTORIA ELECTRONICA GINECOLOGICA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GIL MELGOSA LIGIA	2019_0270	A	CONSULTA DE ATENCION PRE QUIRURGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (OFTALMOLOGIA)	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2019_0255	A	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (ONCOLOGIA MEDICA)	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2019_0177	A	IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL	2019_0031	A	ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	BENITO COSTEY SILVIA	2019_0179	A	REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO (RN) PARA PADRES
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2019_0188	A	CANAL DE TELEVISION CON VIDEOS INFORMATIVOS PARA PADRES DURANTE ESTANCIA EN SERVICIO DE MATERNIDAD
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2019_0294	A	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	ADAN LANCETA VICTOR	2019_0443	A	REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	MARTIN RUIZ NURIA	2019_0451	A	MEJORA EN LA ATENCION NEONATAL 2019: INCLUSION DE INFORMES NEOSOFTE EN HPDOCTOR Y OTRAS MEDIDAS DE MEJORA
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	IZQUIERDO FORTEA IRENE	2019_0523	A	ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIN@S"
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2019_0947	A	PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (QUIROFANOS)	MELLENDEZ VILLANUEVA MARIA DEL CARMEN	2019_0008	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD: OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (RADIODIAGNOSTICO)	BLEILA BLEILA MOHAMED FADEL	2019_1137	A	REVISION DE LAS INDICACIONES DE LA RADIOGRAFIA DE URGENCIAS Y ADAPTACION DE LAS MISMAS A NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	440012	H OBISPO POLANCO (RADIODIAGNOSTICO)	CATALAN EDO PILAR	2019_1304	A	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNOSTICO

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ALCANIZ

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
AL	AMB	USMALC	USM ALCANIZ (PSIQUIATRIA)	BECERRA DARRIBA HELENA	2019_1430	A	PROGRAMA AMBULATORIO PARA LA VALORACION Y ABORDAJE DEL RIESGO AUTOLITICO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCANIZ
AL	AP		CS ALCANIZ	ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA	2019_0233	A	PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DEDERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP		CS ALCANIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2019_0286	A	URGENCIAS EN LA ESCUELA
AL	AP		CS ALCANIZ	BURGUES VALERO CARMEN	2019_0330	A	TALLER DE ALIMENTACION SANA
AL	AP		CS ALCANIZ	TELMO HUESO MARIA SIRA	2019_0339	A	FARINGOAMIGALISTIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
AL	AP		CS ALCANIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA	2019_0349	A	REVISION DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCANIZ
AL	AP		CS ALCANIZ	LAMARRE MICHELOT	2019_0421	A	TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES
AL	AP		CS ALCANIZ	NAYA PUERTO SHEILA	2019_0506	A	PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCANIZ
AL	AP		CS ALCANIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2019_0754	A	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP		CS ALCANIZ	SORRIBAS MARTI MIRIAM	2019_0755	A	AUTOMEDIDA DE LA PRESION ARTERIAL, LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA
AL	AP		CS ALCANIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2019_0817	A	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP		CS ALCANIZ	FACI OLMOS MIRIAN	2019_1283	A	PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCANIZ
AL	AP		CS ALCANIZ	ARQUED NAVAZ MARTA	2019_1094	A	ACTUACION CON POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE
AL	AP	4902	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETI	2019_0141	A	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA
AL	AP	4902	CS ALCORISA	VIDAL VILLANUEVA VERONICA	2019_0543	A	INFORMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA
AL	AP	4902	CS ALCORISA	ROMERO VIGARA JUAN CARLOS	2019_1026	A	PROYECTO "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	4902	CS ALCORISA	SERNA GARCIA CARMEN	2019_0144	A	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CONCERTAR LA VISITAS A LA MATRONA DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO
AL	AP	4903	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2019_0076	A	PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO
AL	AP	4903	CS ANDORRA	LAGAR GONZALEZ ANA BELEN	2019_0082	A	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"
AL	AP	4903	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2019_0085	A	PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO
AL	AP	4903	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2019_0112	A	PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	4903	CS ANDORRA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2019_0113	A	TALLERES PARA BEBES
AL	AP	4903	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2019_0117	A	PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA: "¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?". TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE
AL	AP	4903	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2019_0118	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	4903	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2019_0135	A	VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	4903	CS ANDORRA	ROMERO ARASANZ EMMA	2019_0258	A	CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	4903	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2019_0329	A	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP		CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2019_0101	A	SALVANDO A NUESTROS PELUCHES
AL	AP		CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2019_0164	A	PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP		CS CALACEITE	ORTIGA ZARAZAGA NADIA	2019_0328	A	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES (DM) EN EL CS DE CALACEITE (CUADRO DE MANDOS EN DIABETES)
AL	AP	4905	CS CALANDA	JUNCOSA OLIVERA DANIEL	2019_0515	A	DETECCION OPORTUNISTA DE FIBRILACION AURICULAR ASINTOMATICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	4905	CS CALANDA	BLASCO LABANDA AURORA	2019_0713	A	REESTRUCTURACION DEL BOTIQUIN Y ADAPTACION DE STOCKS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	4905	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2019_0774	A	IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCANIZ

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
AL	AP	4906	CS CANTAVIEJA	MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR	2019_0590	A	RCP BASICA EN ADULTOS Y MANEJO DE DEXA
AL	AP	4907	CS CASPE	MORENO BERRUEZO SUSANA RAQUEL	2019_1267	A	SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS INMIGRANTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	4907	CS CASPE	BLASCO CASORRAN MARTA	2019_0180	A	HERRAMIENTA DE COMUNICACION PARA ORIENTAR A PACIENTES CRONICOS EN EL SISTEMA SANITARIO
AL	AP	4907	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2019_1076	A	CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	4909	CS HIJAR	CANTIN LOPEZ ELISENDA	2019_1217	A	MEJORANDO LA ATENCION DEL PACIENTE PALIATIVO
AL	AP	4909	CS HIJAR	MEDINA MORA CRISTINA	2019_1221	A	ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO COMO SOPORTE AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE PARA INTENTAR DISMINUIR MAYOR SOBRECARGA EN EL CUIDADOR
AL	AP	4909	CS HIJAR	LAZARO GRACIA PILAR	2019_0694	A	INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR
AL	AP	4909	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2019_0852	A	SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO
AL	AP	4909	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2019_0908	A	INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. DE HIJAR
AL	AP	4909	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2019_0962	A	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	4909	CS HIJAR	CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL	2019_1207	A	CAMINANDO POR LA VIDA
AL	AP		CS MAELLA	GIMENO FELIU CARMEN	2019_0154	A	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	4910	CS MAS DE LAS MATAS	CHAVES BERMEJO LORENA	2019_0129	A	ADECUACION DE LA SALA DE EXTRACCIONES DEL CS MAS DE LAS MATAS
AL	AP	4910	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2019_0155	A	RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?
AL	AP	4910	CS MAS DE LAS MATAS	BERLANGA RUBIO JUAN JOSE	2019_0393	A	IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	4910	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2019_0876	A	MEJORA EN DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA NEFROPATIA DIABETICA
AL	AP	4911	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2019_1277	A	CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD
AL	AP	4911	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2019_1445	A	CONECT@ CON TU SALUD. (CREACION DE UN BLOG)
AL	AP		DAP ALCAÑIZ	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2019_0005	C	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (BLOQUE QUIRURGICO)	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2019_0468	A	ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (BLOQUE QUIRURGICO)	GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE	2019_0472	A	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (CODIFICACION)	HERNANDEZ COCERA JUAN	2019_1402	A	IMPLANTACION DE UN SISTEMA ESTANDARIZADO DE PETICION Y REGISTRO DE PREPARACIONES OFTALMICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA CON SOPORTE CIE-10
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (DERMATOLOGIA)	LORDA ESPES MARTA	2019_0585	A	INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (DIGESTIVO)	LACARTA GARCIA PEDRO	2019_1427	A	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (DIRECCION)	LARA GARRIDO ANGELA	2019_0937	A	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	VERDES SANZ GUAYENTE	2019_0725	A	DERIVACION PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (ESTERILIZACION)	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2019_0399	A	CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2019_0466	A	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2019_1019	A	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA PARA LA OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2019_0225	A	OPTIMIZACION DEL CONSUMO DE PLAQUETAS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	ALQUEZAR CIVERA MANUELA	2019_0541	A	GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	GONZALEZ GUIJARRO MARTA	2019_0564	A	RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA DEL TRABAJO)	ROYO ANADON JULIA	2019_0534	A	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	PELLICER SANCHEZ JESSICA	2019_0687	A	GUIA DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERAS DE M. INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	ANDRES PALLARES MARIA JOSE	2019_0738	A	GUIA DE FUNCIONAMIENTO PARA AUXILIAR DE ENFERMERIA DE M. INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS	2019_0826	A	VIA CLINICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	ARTAJONA RODRIGO ESTHER	2019_1227	A	GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO(UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	NAVARRO DORADO MARIA ANGELES	2019_0625	A	MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2019_0513	A	MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (NEFROLOGIA)	BIELSA GRACIA SARA	2019_0881	A	PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (NEUMOLOGIA)	FANDOS LORENTE SERGIO	2019_0358	A	DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	2019_0396	A	PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS
AL	HOSP		H ALCAÑIZ (OFTALMOLOGIA)	EGEA ESTOPIÑAN CARMEN	2019_0352	A	PROYECTO DE ACTUALIZACION EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2019_0827	A	VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFROPROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (OTORRINOLARINGOLOGIA)	MOLINER PEIRO FERNANDO	2019_0401	A	CIRUGIA ENDOSCOPICA NASONINUSAL (CENS) CON MICRODEBRIDADOS
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2019_0420	A	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2019_0423	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	OCHOA GOMEZ LAURA	2019_0532	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (PRUEBAS FUNCIONALES)	HEREDIA FERRER LOURDES	2019_0559	A	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN QUIROFNAO DE LOCALES DE GINECOLOGIA
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (RADIODIAGNOSTICO)	PEREZ ANGOSTO ESTHER	2019_0921	A	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISION DE LA INFORMACION EN LA SECCION DE TC DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (RADIODIAGNOSTICO)	PRADES ALQUEZAR PILAR	2019_1109	A	ELABORACION DE UNA GUIA PARA LA REALIZACION DE LA BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	POLO ROYO MARCO	2019_0599	A	PLAN DE MEJORA: REHABILITACION INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA DEL BAJO ARAGON
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	LOPEZ GONZALO ISABEL	2019_0622	A	LUMBAGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (SUPERVISION DE ENFERMERIA)	REAL CORDERO ESPERANZA	2019_0491	A	GUIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2019_0539	A	LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2019_0681	A	PROCEDIMIENTO CONSULTA DE ANTICOAGULACION ORAL EN UN HOSPITAL COMARCAL. CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO)	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	2019_1491	A	CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (URGENCIAS)	ARNAS LASMARIAS EVA MARIA	2019_0325	A	ATENCION EN URGENCIAS AL PACIENTE PSIQUIATRICO
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2019_0228	A	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL
AL	HOSP	440048	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2019_0230	A	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z1	AMB	CMEGCO	CME GRANDE COVIAN (ADMISION Y DOCUMENTACION)	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2019_0219	A	DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
Z1	AMB	CMEGCO	CME GRANDE COVIAN (RADIODIAGNOSTICO)	GUILLEN FUENTES MARIA JESUS	2019_0662	A	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN
Z1	AMB	USMACS	USM ACTUR SUR (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2019_1289	A	PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"
Z1	AMB		USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA (PSIQUIATRIA)	ALDEA ALDEA TERESA	2019_1036	A	CREACION DE UN ESPACIO DE ORIENTACION EDUCATIVA Y LABORAL PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
Z1	AMB		USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA (PSIQUIATRIA)	BENAVENTE PORTOLES EVA	2019_1487	A	PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA DE SALUD MENTAL (HDIJ)
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	GARCIA ASCASO IGNACIO	2019_0566	A	PROYECTO DE PAGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	MARCO GARCIA-REOL SOFIA	2019_0896	A	¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2019_1042	A	ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA BEGOÑA	2019_1065	A	MEJORA EN LA INTERVENCION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2019_1084	A	MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2019_1414	A	TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL
Z1	AP	5412	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE CARMEN	2019_1441	A	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2019_0298	A	ORGANIZACION DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE	MARTIN CATALAN NURIA	2019_0717	A	COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE	PABLOS MUR CRISTINA	2019_0959	A	¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN? Y ALIMENTACION REALFOODING
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2019_1448	A	EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE	COMELLA DORDA MARTA	2019_0580	A	PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCION DE LA TASA DE INCOPARENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE (SALUD BUCODENTAL)	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2019_0487	A	EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES
Z1	AP	5413	CS ACTUR OESTE (SALUD BUCODENTAL)	SIMON SIMON ISABEL	2019_0809	A	HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES Y LACTANTES
Z1	AP		CS ACTUR SUR (SALUD BUCODENTAL)	BERNAL CARRION EVA MARIA	2019_0924	A	PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS (1441)
Z1	AP	5401	CS ALFAJARIN	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2019_0359	A	ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN
Z1	AP	5401	CS ALFAJARIN	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2019_0525	A	SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS : PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
Z1	AP	5401	CS ALFAJARIN	GARCIA LOBERA AURELIO	2019_0782	A	REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?
Z1	AP	5401	CS ALFAJARIN	BELLOD FERNANDEZ ALFREDO	2019_1370	A	EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN (II)
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	BENITO CORNAGO MARIA LUISA	2019_1007	A	DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	BELTROL ALGUERO MARIA PILAR	2019_1021	A	REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	DOMINGUEZ GARCIA MARTA	2019_0922	A	INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PERDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2019_1089	A	EDUCACION EN MANIOBRAS DE ATENCION A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES. OVACE Y RCP
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	ANDRES CASTRO SARA	2019_1099	A	ACTUACION EFECTIVA EN LA EMERGENCIA VITAL

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z1	AP	5407	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS TERESA	2019_1147	A	TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"
Z1	AP	5407	CS ARRABAL (TRABAJO SOCIAL)	JUAN GERMAN MARIA LUISA	2019_1016	A	RETO: "COMER CON SENTIDO, ALIMENTACION CONSCIENTE"
Z1	AP	5408	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2019_0549	A	HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	5408	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASTIER PEÑA PILAR	2019_0850	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	5408	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2019_1022	A	COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES
Z1	AP	5408	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) (FISIOTERAPIA)	PEREZ BENITO MARINA	2019_0581	A	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1
Z1	AP	5408	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA	2019_0586	A	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMATICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARA PACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I
Z1	AP		CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) (SALUD BUCODENTAL)	SALILLAS GRACIA MIGUEL	2019_0618	A	PREVENCION DE PATOLOGIA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACION DE ERUPCION DENTICION EN BEBES Y SU HIGIENE ORAL
Z1	AP		CS BUJARALUZ	VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANTZAZU	2019_0708	A	REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ
Z1	AP	5403	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2019_1514	A	INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS
Z1	AP	5414	CS PARQUE GOYA	LOU FRANCES GRACIA MARIA	2019_0516	A	LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA
Z1	AP	5414	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2019_0584	A	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS
Z1	AP	5414	CS PARQUE GOYA	OSÉS SORIA AMALIA	2019_0691	A	HABITOS SALUDABLES ...Y UNOS PASOS MAS
Z1	AP	5414	CS PARQUE GOYA	GOMEZ GIL PILAR	2019_0983	A	PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD
Z1	AP	5414	CS PARQUE GOYA (TRABAJO SOCIAL)	FILLAT CEBOLLERO MARIA ASUNCION	2019_1156	A	DIFUSION DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
Z1	AP		CS SANTA ISABEL	TIRADO AZNAR MARTA	2019_1345	A	DERMATOSCOPIA EN EL CS SANTA ISABEL
Z1	AP	5404	CS VILLAMAYOR	LACAMBRA DEITO MARIA PILAR	2019_0996	A	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS
Z1	AP	5404	CS VILLAMAYOR	ELVIRO BODOY TIRSO	2019_1290	A	PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2019_0494	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA DETECCION DEL EPO C ENTRE LOS FUMADORES
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO	2019_0613	A	REVALIDA EN SALUD
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	ALONSO SENDROS MARTA	2019_0930	A	OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	ALONSO SENDROS MARTA	2019_0953	A	OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ	2019_0991	A	MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL)	HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO	2019_1120	A	MEJORIA PREVENCION Y DETECCION PIE DIABETICO
Z1	AP	5410	CS ZALFONADA (PICARRAL) (TRABAJO SOCIAL)	OLLOBARREN HUARTE EMILIA	2019_0951	A	DIFUSION DEL PROTOCOLO DE COORDINACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO Y ATENCION A LAS VICTIMAS EN ARAGON
Z1	AP	5405	CS ZUERA	NOVELLA ABRIL MARIA PILAR	2019_1077	A	USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNOSTICO RAPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOMIGDALITIS AGUDA
Z1	AP	5405	CS ZUERA	GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU	2019_1079	A	PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA PERSONAL DOCENTE DEL IES GALLICUM DE ZUERA
Z1	AP	5405	CS ZUERA	GRASA LAMBEA INMACULADA	2019_1263	A	CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	5405	CS ZUERA	VILLANUA BONET MARIA TERESA	2019_1269	A	MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	PZ1	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2019_0092	C	CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)
Z1	AP	PZ1	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2019_0404	C	DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	5408	DAP ZARAGOZA 1	GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL	2019_0825	C	Y ADEMAS, TE ACOMPAÑAMOS

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2019_0611	A	AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL	2019_0612	A	DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ANALISIS CLINICOS)	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2019_0913	A	DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ANATOMIA PATOLOGICA)	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2019_0512	A	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ANATOMIA PATOLOGICA)	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2019_0530	A	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION 15189 PARA CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ANESTESIA Y REANIMACION)	GRAÑENA MUNIENTE EMILIO JOSE	2019_0066	A	PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES QUIRURGICOS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2019_0100	A	REVISION DE PROTOCOLOS DE PETICIONES PREOPERATORIAS EN CIRUGIA BASICA DE CATARATAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA))	ALFARO GARATE MARIA PILAR	2019_0767	A	DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ESTERILIZACION)	YAGÜE LOPEZ ROCIO	2019_0864	A	MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS EN LA UCMA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ESTERILIZACION)	ALFARO GARATE MARIA PILAR	2019_0865	A	DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (FARMACIA HOSPITALARIA)	REBOLLAR TORRES ELENA	2019_0406	A	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (FARMACIA HOSPITALARIA)	IRIARTE RAMOS SONIA	2019_0890	A	REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2019_0227	A	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	PEREZ MILLA MARIA ANGELES	2019_0235	A	ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2019_0303	A	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2019_0383	A	INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	OCHOA CALVO MARIA PILAR	2019_0465	A	IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE GERIATRIA-(2)
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	CANOVAS PAREJA CARMEN	2019_0716	A	UTILIZACION SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	ANDRES GARCIA MARTA	2019_0750	A	ELABORACION DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	FERRER MAHAVE MARTA	2019_0756	A	CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRIA HNSG
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2019_1362	A	CUIDADOS PALIATIVOS (CP) EN GERIATRIA: IMPLANTACION DE MEDIDAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2019_0351	A	VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2019_0452	A	CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2019_1303	A	PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	BOROBIO TOMAS MARTA	2019_0317	A	REALIZACION DE MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	MORENO GONZALEZ MARIA JESUS	2019_0436	A	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS PERIODOS DE UNION DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA	2019_0655	A	PROYECTO DE "PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA"
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA	LATORRE BARTOLO SILVIA	2019_0739	A	IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(MEDICINA INTERNA)				TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA	2019_0847	A	SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	URCOLA MONREAL ALEJANDRO	2019_1035	A	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION	2019_0276	A	CANCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2019_0216	A	DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLOGICOS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	ORDUNA HOSPITAL ELVIRA	2019_0373	A	DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER	2019_0442	A	OPTIMIZACION DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGIA DE CATARATA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	PINILLA BOROBIA JUAN	2019_1346	A	PRESENTACION MULTIMEDIA Y HOJA INFORMATIVA EN LA SALA DE ESPERA DE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE CIRUGIA DE LA CATARATA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ORTOGERIATRIA)	BORRAZ ABARDIA FELISA	2019_0166	A	GUIA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ORTOGERIATRIA)	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2019_0169	A	GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (ORTOGERIATRIA)	TELLA MARIN ISABEL	2019_0263	A	GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	CASTELLOTE ARMERO AMPARO	2019_1299	A	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS ORL
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	MOREO BERGADA PILAR	2019_1162	A	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PDPCM MEDIANTE ENSUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	TOMELO FERRER MONICA	2019_0493	A	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	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	MARTIN RIDRUEJO LAURA	2019_0576	A	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	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2019_0778	A	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	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	VALLS LAZARO ESPERANZA INMACULADA	2019_0795	A	VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (RADIODIAGNOSTICO)	TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE	2019_0444	A	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (RADIODIAGNOSTICO)	ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL	2019_1189	A	VALORACION DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	UNTORIA AGUSTIN CARMEN	2019_0285	C	VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	HERNANDEZ FLETA FABIOLA	2019_0362	A	FOLLETO INFORMATIVO SOBRE EL MANEJO DE LA RIZARTROSIS
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO	2019_0458	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE NO HOSPITALARIA
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	CAMBRA LINES MARIA PILAR	2019_0476	A	ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	ANAYA GIL TERESA	2019_0478	A	PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (UCI)	SAEZ ESCOLANO PAULA	2019_0504	A	CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (UCI)	RUBIO CASALO MARIA PILAR	2019_0607	A	CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO
Z1	HOSP	500074	H NTRA SRA DE GRACIA (URGENCIAS)	ARROYO RAMOS ESTHER	2019_0272	A	INCIDENCIA DE LOS PACIENTES QUE VUELVEN A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DURANTE LAS 72 HORAS SIGUIENTES AL ALTA, EN LOS NIVELES DE TRIAJE III Y IV. VALORACION POR ENFERMERIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	ROMERO CUENCA FRUCTUOSO	2019_0104	A	APLICACION PARA LA GESTION DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2019_0574	A	DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO	2019_0793	A	GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ALERGOLOGIA)	PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER	2019_1444	A	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	500055	H ROYO VILLANOVA (ANESTESIA Y REANIMACION)	USON ALVAREZ CRISTINA	2019_0994	A	MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCOMPULSIVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	GARZA BENITO FERNANDO	2019_0978	A	PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA	2019_1247	A	PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	LAITA MONREAL SANTIAGO	2019_1286	A	ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	ARAGUAS BIESCAS ASUNCION	2019_1297	A	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	500055	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN	2019_1470	A	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GARCIA CALLEJA JOSE LUIS	2019_0070	A	EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	YANEZ BENITEZ CARLOS	2019_0195	A	CAMPAÑA INFORMATICA DE EDUCACION CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	VALERO SABATER MONICA	2019_0259	A	PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ARROYO RUBIO ERNESTO	2019_1214	A	TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GARCIA AGUILERA DAVID	2019_1287	A	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	500055	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MEJIA CASADO ANA	2019_1335	A	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	500055	H ROYO VILLANOVA (DERMATOLOGIA)	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2019_1325	A	PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE AT. PRIMARIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (DIGESTIVO)	MOSTACERO TAPIA SONIA	2019_0626	A	PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPATICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (DIRECCION DE GESTION)	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	2019_0988	A	PROYECTO DE AUTOFORMACION, GESTION Y GENERACION DE CONOCIMIENTO EN LAS SECRETARIAS DE DIRECCION DEL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE	2019_0322	A	ATENCION A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2019_0474	A	EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							DIABETES GESTACIONAL PREVIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (FARMACIA HOSPITALARIA)	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2019_0187	A	CONTINUACION DE LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (FARMACIA HOSPITALARIA)	VARELA MARTINEZ ISABEL	2019_0413	A	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MARCO GARCIA MIRIAM	2019_0776	A	REALIZACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HRV
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL)	VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES	2019_0986	A	MEJORA EN LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO "TCONECTAS"
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	FITENI MERA ISABEL	2019_0248	A	MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	SOLIS PASTOR ESTHER	2019_0760	A	IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2019_0765	A	FORMACION EN CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (INFORMATICA)	GRAN SERON SANTIAGO	2019_0224	A	IMPLANTACION DE ACCESO A BUSCADOR-GUIA FARMACOTERAPEUTICA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA EN INTRANET DE SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA DEL TRABAJO)	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2019_0783	A	IDENTIFICACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTENSIVA)	TIRADO ANGLAS GABRIEL ANGEL	2019_0838	A	IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION AVANZADA E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2019_0547	A	IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	PALAZON FRAILE CLAUDIA	2019_0550	A	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	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	MATIA SANZ MARTA	2019_0591	A	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
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	CABALLERO ASENSIO RUTH	2019_0831	A	ANALISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISION DIFERENTE
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2019_0496	A	EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	ROMERO PERULAN MARIA PILAR	2019_0190	A	PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	CLAVERIA MARCO PALOMA	2019_0447	A	IMPLANTACION TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	LAZARO SIERRA JAVIER	2019_0448	A	ANALISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TECNICAS BRONCOSCOPICAS Y PLEURALES
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2019_0461	A	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2019_0485	A	ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	LOPEZ ROMERO LIDIA	2019_0486	A	CONSULTA TELEFONICA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE	2019_0488	A	TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	ZUIL MARTIN MARCOS	2019_0499	A	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2019_0071	A	PROTOCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(NEUROLOGIA)				
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	2019_0675	A	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	2019_1438	A	ELABORACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LA DEMENCIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	HERRERO EGEA ANA	2019_0253	A	PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PEDIATRIA)	FERNANDO MARTINEZ RUTH	2019_1231	A	CONTINUIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS EN PATOLOGIA AGUDA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2019_0267	A	TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS	2019_0609	A	IMPLANTACION DE GRUPOS Y TALLERES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA	2019_0974	A	ELABORACION DE PROTOCOLO DE AGITACION PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	ORGA SORIANO CRISTINA	2019_0980	A	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ POBLETE CAROLINA	2019_1070	A	CREACION DE UN COMIC COMO TALLER TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (QUIROFANOS)	CANO LAZARO RAQUEL	2019_0484	A	REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (RADIOLOGIA)	BLASCO SATUE ALICIA	2019_0666	A	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (RADIOLOGIA)	BERGES INIESTA MARTA	2019_0670	A	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (REHABILITACION)	RODRIGUEZ VICENTE CARMEN	2019_0514	A	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA CANDIDATO A CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (SUBDIRECCION MEDICA)	VILLA GAZULLA MARIA TERESA	2019_0273	C	OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	SAZ SOLER MARIA ISABEL	2019_0502	A	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION ENDOVESICAL DE HIALURONATO SODICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGIA EN HRV
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	SIESO GRACIA RUT	2019_0522	A	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PROSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA
Z1	HOSP	500055	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	RIHUETE CARO ELVIRA	2019_0575	A	ELABORACION DE UN PROTOCOLO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS PARA OPTIMIZAR LA TERAPIA INTRAVESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z2	AMB	CMERYC	CME RAMON Y CAJAL (CONSULTAS EXTERNAS)	MARTINEZ PINILLA ELVIRA	2019_0644	A	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CMERYC	CME RAMON Y CAJAL (SUPERVISION DE ENFERMERIA)	BARRIO ALONSO ROSA MARIA	2019_0641	A	ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CMESJO	CME SAN JOSE (CONSULTAS EXTERNAS)	PASTOR ALCOLEA PAULA	2019_1009	A	PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTROS MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AMB	CMESJO	CME SAN JOSE (CONSULTAS EXTERNAS)	HERRERA MAGALLON NATALIA	2019_1013	A	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AMB		USM REBOLERIA (UNIDAD DE SALUD MENTAL)	CANO RUIZ ADRIANO	2019_1425	A	MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
Z2	AMB		USM REBOLERIA (UNIDAD DE SALUD MENTAL)	AIBAR LUIS MARIA JOSE	2019_1426	A	MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL COMUN MEDIANTE LA INCLUSION DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE REBOLERIA
Z2	AP	2525	CS CAMPO DE BELCHITE	RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL	2019_1499	A	CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	2525	CS CAMPO DE BELCHITE	BELLO MARTINEZ AMPARO	2019_0357	A	VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD
Z2	AP	2525	CS CAMPO DE BELCHITE	SANCHEZ GALAN PATRICIA	2019_0363	A	FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)
Z2	AP	2525	CS CAMPO DE BELCHITE	RAMON ARBUES ENRIQUE	2019_0364	A	FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP		CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2019_1275	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP CASABLANCA
Z2	AP	2523	CS FERNANDO EL CATOLICO	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2019_0768	A	CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	2523	CS FERNANDO EL CATOLICO	SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL	2019_1408	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	2523	CS FERNANDO EL CATOLICO	FERRE GONZALEZ ANTONIA	2019_1413	A	PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	2523	CS FERNANDO EL CATOLICO	GARCIA CALVO VICENTE	2019_1415	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	2503	CS FUENTES DE EBRO	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2019_1045	A	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS
Z2	AP	2503	CS FUENTES DE EBRO	ZUMETA FUSTERO JESUS	2019_1230	A	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	2503	CS FUENTES DE EBRO	SUMELZO LISO ANA CRISTINA	2019_1232	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II. CS FUENTES DE EBRO
Z2	AP	2503	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2019_1301	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FUENTES DE EBRO
Z2	AP	2522	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2019_1216	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAL PARQUE ROMA
Z2	AP		CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA	2019_0634	A	HACIA UNA MAYOR IMPLANTACION DEL CALENDARIO VACUNAL DEL ADULTO
Z2	AP		CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	HERNANDEZ MORA AMPARO	2019_1462	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP
Z2	AP	2509	CS LA ALMOZARA	VIADAS NUÑEZ SARA	2019_0204	A	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA
Z2	AP	2509	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2019_0509	A	IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN PACIENTES DE >65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	2509	CS LA ALMOZARA	TOMELO MUÑOZ RUTH	2019_0976	A	MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA
Z2	AP	2509	CS LA ALMOZARA	BRUN ALONSO BELEN	2019_1341	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LA ALMOZARA
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2019_0028	A	EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE	PELET LAFITA EVA MARIA	2019_0287	A	IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2019_1260	A	SITUACION DE MANEJO DEL PACIENTE EPOC ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE	SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA	2019_1338	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE (FISIOTERAPIA)	BLASCO GASCA OLGA	2019_0972	A	CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS
Z2	AP	2515	CS LAS FUENTES NORTE (SALUD BUCODENTAL)	GARCIA DE CASTRO MARIA TERESA	2019_0799	A	INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3 EDAD
Z2	AP	2508	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0438	A	"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
Z2	AP	2508	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0842	A	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	2508	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	ARROYO CLEMENTE PAZ	2019_0931	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
Z2	AP	2508	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	JULIAN CAMPOS JUANA MARI	2019_0932	A	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP		CS REBOLERIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2019_0232	A	ESCUELA DE CRIANZA
Z2	AP		CS REBOLERIA	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2019_0366	A	MEJORA DE LA GESTION DEL PROGRAMA DE DIABTES EN EL C.S. REBOLERIA
Z2	AP		CS REBOLERIA	CUBERO PABLO MANUEL	2019_0412	A	INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA FUNDACION "EL TRANVIA"
Z2	AP		CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2019_1174	A	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE DE TABACO/EPOC EN EL C S REBOLERIA
Z2	AP		CS REBOLERIA	ZAPATA ABAD MARIA TERESA	2019_1186	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA
Z2	AP		CS REBOLERIA	ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL	2019_1461	A	RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA
Z2	AP		CS ROMAREDA (SEMINARIO)	BLASCO RONCO OLGA	2019_1086	A	PROYECTO PROA
Z2	AP		CS ROMAREDA (SEMINARIO)	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2019_1111	A	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II .C.S.ROMAREDA
Z2	AP		CS ROMAREDA (SEMINARIO)	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2019_1160	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PASCUAL RUBIO MARIA OLGA	2019_0111	A	"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ARENANZ CAJAL CARMEN	2019_0692	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2019_0759	A	NECESIDAD DE MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS URGENTES REALIZADAS EN PACIENTES NO ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	TRASMONTAN GALVEZ JOSE	2019_0763	A	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL DE ENFERMERIA EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PASCUAL RUBIO MARIA OLGA	2019_0835	A	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO	2019_1025	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	2513	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAOL MERCEDES	2019_1496	A	VACUNACION INFANTIL: COMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MAS FRECUENTES
Z2	AP	2518	CS SAN JOSE CENTRO	MORENO MARQUEZ ROCIO	2019_0597	A	TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO
Z2	AP	2518	CS SAN JOSE CENTRO	LALANA JOSA MARIA PILAR	2019_0911	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	2518	CS SAN JOSE CENTRO	LOPEZ COSCOJUELA JAVIER	2019_0927	A	AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SAN JOSE CENTRO Y SAN JOSE NORTE
Z2	AP	2518	CS SAN JOSE CENTRO	BARTUMEUS BARTOLOME AINHOA	2019_0410	A	ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	2517	CS SAN JOSE NORTE	ABANTO VIAMONTE ANTONIO	2019_0912	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE NORTE
Z2	AP	2517	CS SAN JOSE NORTE (TRABAJO SOCIAL)	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2019_0153	A	ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL
Z2	AP		CS SAN JOSE SUR	DE ORTE PEREZ MARIA	2019_0025	A	PASEO SALUDABLES SAN JOSE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z2	AP		CS SAN JOSE SUR	DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA PILAR	2019_0090	A	LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE
Z2	AP		CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2019_1251	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE SUR
Z2	AP	2510	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2019_1103	A	MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS
Z2	AP	2510	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2019_1161	A	DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACION DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	2510	CS SAN PABLO	MARTINEZ CASBAS PEDRO	2019_1222	A	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN ELSECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	2510	CS SAN PABLO	ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA	2019_1226	A	DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	2504	CS SASTAGO	JARABA BECERRIL CARLOS	2019_1392	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SASTAGO
Z2	AP	2504	CS SASTAGO	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2019_1404	A	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	2504	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2019_1454	A	CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO (PE) PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON
Z2	AP	2504	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2019_1458	A	CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO VHC EN EL CS DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON
Z2	AP	2504	CS SASTAGO	VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES	2019_1492	A	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO
Z2	AP	2516	CS TORRE RAMONA	AMATRIAIN BOLEAS EDURNE	2019_0244	A	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	2516	CS TORRE RAMONA	VISUS LOZANO MARIA SANTOS	2019_1188	A	PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMON
Z2	AP	2516	CS TORRE RAMONA	BRUSCAS ALIJARDE MARIA JOSE	2019_1211	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRE RAMONA
Z2	AP		CS TORRERO LA PAZ	SANZ MARTINEZ LAURA	2019_0167	A	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ
Z2	AP		CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2019_1183	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRERO-LA PAZ
Z2	AP		CS TORRERO LA PAZ	VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1209	A	UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	CAZAÑA MAELLA VALENTIN	2019_0889	A	INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	CUESTA SAMPER MARIA TERESA	2019_1105	A	PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	SORINAS DELGADO NOELIA	2019_1107	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2019_1173	A	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	CEMELI CANO MERCEDES	2019_0060	A	ESCUELA Y SALUD
Z2	AP	2524	CS VALDESPARTERA	GALE ANSO INES	2019_0885	A	ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL
Z2	AP		CS VENECIA	SOLA ANTON JOSE FERNANDO	2019_0664	A	FOMENTAR EL USO Y FORMACION DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA
Z2	AP		CS VENECIA	VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA	2019_0917	A	MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP
Z2	AP		CS VENECIA	ARQUILLUE VARONA SARA	2019_0939	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA
Z2	AP		CS VENECIA	BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN	2019_0946	A	RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA
Z2	AP		CS VENECIA	DUPLA ARENAZ MARIA	2019_1154	A	ENSEÑAR REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA
Z2	AP	P22	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2019_0093	C	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	P22	DAP ZARAGOZA 2	GOMEZ JULIAN CRISTINA	2019_0482	C	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z2	AP	P22	DAP ZARAGOZA 2	MORO LARA JAVIER	2019_0676	A	SOLICITUD PERMISOS, VACACIONES Y LICENCIAS A TRAVES DEL AUTOSERVICIO DEL EMPLEADO (SIRHGA). PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA SECTOR 2
Z2	AP	P22	DAP ZARAGOZA 2	LAIN MIRANDA ELENA	2019_1424	A	MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACION DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	P22	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA MARIA BELEN	2019_1318	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP		ESAD ZARAGOZA 2 (ESAD)	ANDREU GRACIA SERGIO F	2019_0654	A	ELABORACION DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR II
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (DIGESTIVO)	MARTINEZ SANTOS YOLANDA	2019_0623	A	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CELIACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (DIGESTIVO)	BADIA MARTINEZ MARIA	2019_0671	A	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE FARMACOS ANTITROMBOTICOS EN UNIDADES DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (GERIATRIA)	GRACIA CUADRADO LIRIA	2019_0941	A	IMPLANTACION DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (GERIATRIA)	PERPIÑAN SANCHEZ LAURA	2019_1511	A	ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (MEDICINA INTERNA)	RODERO ROLDAN MARIA DEL MAR	2019_1398	A	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (MEDICINA INTERNA)	ROYO TRALLERO LETICIA	2019_1407	A	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (NEUMOLOGIA)	ANORO ABENOZA LAURA	2019_0562	A	DETERMINACION DE LA FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE
Z2	HOSP	HGNDEF	H GENERAL DE LA DEFENSA (NEUMOLOGIA)	GOMEZ GONZALEZ CRISTINA	2019_0909	A	EL CONOCIMIENTO DE LA EPOC MEJORA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2019_0107	A	ERAS EN CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0437	A	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	VALLES TORRES JORGE	2019_0526	A	DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	PUERTOLAS ORTEGA MARIA	2019_0531	A	IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	TARANCON ROMERO MARIA ELENA	2019_0568	A	OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	PEÑA DE BUEN NATALIA	2019_0603	A	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2019_0761	A	CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	RUBIO GARCIA BORJA	2019_0897	A	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	ARAGON BENEDI CRISTIAN	2019_0919	A	DISMINUCION COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0942	A	PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA	2019_0948	A	USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2019_1452	A	PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	ORTEGA LAHUERTA PABLO	2019_1455	A	MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2019_0386	A	PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	VAZQUEZ BERGES IRENE	2019_0540	A	EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	GARCIA GONZALEZ ELENA	2019_0419	A	AMPLIACION DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA EN LA SECCION DE

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
							PROTEINAS Y METALES. PROTEINOGRAMA EN SUERO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2019_0217	A	SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO	2019_0226	A	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2019_0402	A	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2019_0403	A	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA SANGRE OCULTA EN HECES
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ	2019_0560	A	OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2019_1078	A	INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAES : FUNCIONES DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	GARIN SERRANO TERESA	2019_1281	A	PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS TECNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD	2019_1421	A	IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	ORTAS NADAL MARIA ROSARIO	2019_0045	A	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2019_0380	A	GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	LASALA ALASTUEY MARIA	2019_0392	A	PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	BERGUA MARTINEZ CLARA	2019_0777	A	PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2019_0789	A	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	OLORIZ SANJUAN TERESA	2019_0934	A	PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO	2019_1146	A	PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA	2019_1371	A	PROTOCOLO DE ATENCION AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIA TERMINAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SERRADILLA MARTIN MARIO	2019_1264	A	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA	2019_1383	A	INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1185	A	PROTOCOLARIZACION MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABETICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1196	A	ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIROFANO DE LOCALES DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CARBONEL BUENO IGNACIO	2019_0067	A	CONSOLIDACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEHOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA	2019_0086	A	MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GIL ALBAROVA JORGE	2019_0087	A	RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2019_0342	A	CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)				CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2019_0563	A	TITULO PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CALVO GONZALEZ MARIA LUZ	2019_0677	A	IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PEREZ JIMENO NURIA	2019_0748	A	PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS	2019_0944	A	PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	YUBERO MORALES ANA	2019_1080	A	INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO: PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN BLOQUE QUIRURGICO A
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	BUISAN FRANCO CARMEN	2019_1081	A	GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO. MEJORA EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PEREZ GARCIA JOSE MARIA	2019_1091	A	INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PEDIATRICA)	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2019_1390	A	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	MONCLUS FUERTES ENRIQUE	2019_1102	A	ESTANDARIZACION DEL DESBRIDAMIENTO ENZIMATICO CON BROMELAINA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2019_1224	A	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS	2019_1262	A	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA SIN INGRESO)	GARCIA GUTIERREZ CRISTINA	2019_0845	A	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA TORACICA)	MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO	2019_1088	A	REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA TORACICA)	GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER	2019_1480	A	CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DERMATOLOGIA)	CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA	2019_1005	A	GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLÓGICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DERMATOLOGIA)	GILBERTE CALZADA YOLANDA	2019_1047	A	PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLÓGICA POTENCIALMENTE GRAVE
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	BERNAL MONTERDE VANESA	2019_1123	A	PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DIRECCION)	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_0957	C	MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DIRECCION)	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_1437	A	PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII. (CONTINUACION DEL PROYECTO 2018-0131)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (DOCENCIA)	DUASO LONGAS ELENA	2019_1507	A	ANALISIS DE LA IMPLANTACION DE LA NUEVA DOCUMENTACION UTILIZADA EN LA EVALUACION DE LOS RESIDENTES
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	DE DIEGO GARCIA PATRICIA	2019_0198	A	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	SANZ PARIS ALEJANDRO	2019_0417	A	TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	AZCONA MONREAL ISABEL	2019_1253	A	VALORACION DEL NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE TIENEN RECOGIDO EN EL OMI EL INFORME DE SU ULTIMO FONDO DE OJO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET	ABAD SAZATORNIL REYES	2019_0822	A	REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(FARMACIA HOSPITALARIA)				FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	RUIZ MARISCAL MARTA	2019_0828	A	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2019_0830	A	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2019_0836	A	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	IBORRA MUÑOZ ANA	2019_0615	A	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	IZQUIERDO GARCIA ISABEL	2019_1377	A	PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (HOSTELERIA)	PEREZ SALILLAS MARIA	2019_0936	A	CALIDAD HIGIENICO SANITARIA DE LAS ENSALADAS ELABORADAS EN COCINA (COMIDAS CON ALGUN INGREDIENTE NO SOMETIDO A TRATAMIENTO TERMICO)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	PIQUER GOMEZ TRINIDAD	2019_0743	A	PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN	2019_0794	A	MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICION DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0887	A	APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0898	A	ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOF, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	MOYA CALVO ALBERTO	2019_1206	A	MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	SEVIL PURAS MARIA	2019_1075	A	DETECCION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACION DE INCLUSION EN EL PROGRAMA DEL CRONICO COMPLEJO DEL SALUD
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2019_1273	A	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	COLLADOS ABAD ANA CRISTINA	2019_1292	A	CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	LASSO OLAYO JESUS MARIA	2019_1382	A	SEGUIMIENTO SISTEMATICO POR PARTE DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	MORALES MARIN MARIA ANGELES	2019_1388	A	CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2019_1483	A	ADAPTACION DEL PROGRAMA PROA-BACTERIEMIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET A LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	CORTES RAMAS ANA MARIA	2019_1108	A	SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCION QUIRURGICA ZERO (IQZ)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1190	A	CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1418	A	IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	LAPRESTA MOROS CARLOS	2019_1486	A	DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	EGIDO LIZAN PILAR	2019_0788	A	LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET	MILAGRO BEAMONTE ANA	2019_0821	A	GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MARIA			SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0240	A	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0241	A	INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	FERRER LOPEZ EMILIA	2019_1056	A	ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2019_0446	A	EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	PINEDA CORONEL RAHALF	2019_0498	A	ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, C.INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA Y SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA (H MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	VERA SOLSONA ELISABET	2019_0551	A	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	GOTOR LAZARO MARIA ANGELES	2019_0636	A	PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO	2019_0704	A	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2019_0764	A	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNIA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2019_0814	A	CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA	2019_0853	A	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN INFORMACION A PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	GOMARA DE LA CAL SARA	2019_0856	A	MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MARTIN PALLAS CRISTINA	2019_1054	A	ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROCIROLOGIA)	MOLES HERBERA JESUS	2019_1509	A	OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	ALMARCEGUI LAFITA CARMEN	2019_0663	A	REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	HADDAD GARAY MARIA	2019_0820	A	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2019_0709	A	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2019_0710	A	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	LAMBEA GIL ALVARO	2019_0771	A	ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2019_0901	A	ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	YAGÜE MORENO HORTENSIA	2019_0052	A	DETECCION DE I.T.S. EN LA POBLACION MENOR DE 25 AÑOS QUE ACUDE A LA CONSULTA DE P.F. DEL SECTOR II
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGO CONDE CESAR	2019_0054	A	UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2019_0127	A	IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LA D.G. DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE AL VPH EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS DE ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET	RUBIO CUESTA PATRICIA	2019_0501	A	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)				MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2019_0746	A	CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2019_0862	A	ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGO RODRIGUEZ MARIA	2019_1128	A	OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	CALVO PEREZ PILAR	2019_1512	A	MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	MORALES HIJAZO LORENA	2019_1121	A	PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2019_1175	A	MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON CANCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	PUERTAS VALIÑO MARIA MAR	2019_0378	A	COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2019_0427	A	AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	CORRAL DELGADO SARA	2019_0428	A	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	GASCON FERRER MARINA	2019_0429	A	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	CAMPOS BONEL ARANTXA	2019_0431	A	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	GARCIA GIMENO BLANCA	2019_0601	A	SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	CARRUESCO CRESPO IRENE	2019_0651	A	CONSULTA DE ENFERMERIA DE PRIMER DIA, EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE LA PROVINCIA DE HUESCA Y TERUEL QUE VAN A REALIZAR TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GUALLAR LARPA MARIA	2019_0866	A	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2019_1032	A	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLÓGICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GIL PARAISO PEDRO	2019_1033	A	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLÓGICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GUALLAR LARPA MARIA	2019_1055	A	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR	2019_1064	A	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACION A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO	2019_1171	A	SEMILOGIA FARINGO-LARÍNGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	CASTEJON PONCE ESPERANZA	2019_1046	A	REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	RITE GRACIA SEGUNDO	2019_1245	A	PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	CIVITANI MONZON ELISA	2019_1306	A	MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISC) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GIMENO LAGUARDIA NURIA	2019_1384	A	PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE	2019_1422	A	PROYECTO DE MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(PEDIATRIA)				DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO	2019_1431	A	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO ATENCION ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GIL HERNANDEZ IRENE	2019_1484	A	OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA DISMINUIR LA INFECCION NOSOCOMIAL
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	GARCES FUERTES PAULA	2019_0744	A	DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	DUEÑAS JOLLARD SANDRA	2019_0925	A	PREVENCION DEL DEFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2019_0588	A	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS USM
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2019_0589	A	CREACION Y DIFUSION DE PAGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	GRACIA GARCIA PATRICIA	2019_0596	A	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	ORCAJO VILLAPUN DAVID	2019_0960	A	GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PEREZ POZA ALFONSO	2019_1163	A	PROTOCOLO ACTUACION GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	CORBERA ALMAJANO MANUEL	2019_1419	A	REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PEREZ PEMAN CAMINO	2019_1434	A	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (RADIOLOGICO)	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2019_1285	A	RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTROSCOPICO DE CADERA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (RADIOLOGICO)	BERNAL LAFUENTE CELIA	2019_1393	A	COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2019_0039	A	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	VILLA GAZULLA DAVID CARLOS	2019_0065	A	PROYECTO DE INTEGRACION, EXPLOTACION Y ANALISIS DE DATOS EN EL PROCESO RADIOTERAPICO MEDIANTE APLICACIONES INFORMATICAS BASADAS EN BIG DATA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	JIMENEZ PUERTAS SARA	2019_0078	A	ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS DE INTENSIDAD MODULADA EN RADIOTERAPIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2019_0034	A	CONTINUACION DEL PROYECTO "GESTION CLINICA DEL RAQUIS" EN 2019 (2018_0120)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	JARIOD GAUDES RICARDO	2019_0892	A	ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA (UNIDAD DE LESION MEDULAR Y UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	MORATA CRESPO BELEN	2019_1332	A	COORDINACION ENTRE FASE 1 Y 2 DE REHABILITACION CARDIACA EN POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	TRIS ARA MARIA JOSE	2019_1378	A	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2019_1465	A	ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2019_0334	A	UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLÓGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2019_0335	A	ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (SUBDIRECCION MEDICA)	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	C	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (SUBDIRECCION MEDICA)	LANZUELA VALERO MANUELA	2019_0863	C	OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI)	ANDREU VAZQUEZ MANUEL	2019_0999	A	INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN LA DONACION EN ASISTOLIA
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI)	PADILLA ARAGÜES GUSTAVO	2019_1050	A	APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI)	DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT	2019_1203	A	MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI)	MARTINEZ CRESPO PABLO	2019_1219	A	MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI TRAUMATOLOGIA)	CASAUS MARGELI MARIA ANGELES	2019_1244	A	MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UCI TRAUMATOLOGIA)	ANDREU VAZQUEZ MANUEL	2019_1295	A	MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR)	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2019_0048	A	INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	MUSEROS SOS DOLORES	2019_0307	A	EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE DIFUSION Y PROMOCION DE LA SALUD
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2019_1044	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2019_1096	A	PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	POVAR MARCO JAVIER	2019_1110	A	IMPLANTACION DE LA PETICION ELECTRONICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	GARCES HORNA SILVIA	2019_1199	A	PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	PES LAGUNA MARIA MAR	2019_1327	A	AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	500021	H MIGUEL SERVET (UROLOGIA)	BORQUE FERNANDO ANGEL	2019_1490	A	IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	AMB		CENTRO DE DIA ROMAREDA (PSIQUIATRIA)	TARI GARCIA ANTONIO	2019_1310	C	PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON TMG (TRASTORNO MENTAL GRAVE)
Z3	AMB		CENTRO DE DIA ROMAREDA (PSIQUIATRIA)	FERRER DUFOL CARMEN	2019_1333	C	PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS
Z3	AMB	CMEIJM	CME INOCENCIO JIMENEZ (DIGESTIVO)	LAZARO ASPAS MARIA	2019_0326	A	IMPLANTACION TEST DE ALIENTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO.CENTRO ESPECIALIDADES MEDICAS INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AMB	CMEIJM	CME INOCENCIO JIMENEZ (PSIQUIATRIA)	GARCES RAMOS ALBA	2019_0753	A	PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
Z3	AMB	CMEIJM	CME INOCENCIO JIMENEZ (PSIQUIATRIA)	RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL	2019_1082	A	GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III
Z3	AMB	CMEIJM	CME INOCENCIO JIMENEZ (PSIQUIATRIA)	CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE	2019_1389	A	DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)
Z3	AMB	CMEIJM	CME INOCENCIO JIMENEZ (SALUD BUCODENTAL)	TARRAGO GIL ROSA	2019_1482	A	PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD ORAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS PARA DESARROLLAR EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AMB		USM DELICIAS (PSIQUIATRIA)	MORALES ROZAS ANA BELEN	2019_1307	C	EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPsicoticos
Z3	AP	3601	CS ALAGON	MAZA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1305	A	DERMATOSCOPIA EN EL CS ALAGON
Z3	AP	3601	CS ALAGON	CORTES MARINA ROSA BLANCA	2019_0928	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON
Z3	AP		CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2019_1028	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA
Z3	AP		CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2019_0903	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BORJA
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	BONA GARCIA JAIME	2019_0194	A	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2019_0489	A	FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	GARIN PORTERO NURIA	2019_0693	A	APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	ALVAREZ LAGARES MERCEDES	2019_0818	A	HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES EN LA RADIO
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_0875	A	RCP-ANDO EN EL COLE
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_1143	A	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	RIOS LAZARO MIGUEL	2019_1300	A	MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2019_1440	A	APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA
Z3	AP	3609	CS CARIÑENA	MAS SANCHEZ ADORACION	2019_1479	A	ADQUISICION DE HABILIDADES PARA LA GESTION DE UNA DIETA SALUDABLE
Z3	AP		CS CASETAS	TAPIA PEREZ ANA ISABEL	2019_0125	A	C. S. CASETAS "CONOCE TU CENTRO"
Z3	AP		CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2019_1067	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS
Z3	AP		CS CASETAS	FERRER CASAUS ALBERTO	2019_1243	A	CIRUGIA MENOR EN EAP CASETAS
Z3	AP		CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2019_0867	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE
Z3	AP		CS DELICIAS NORTE	CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA	2019_1052	A	CALIDAD DE REGISTRO DGPFACTOR DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	AP		CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES PILAR	2019_1181	A	IDENTIFICAR NECESIDADES PARA UNA ATENCION DE CALIDAD
Z3	AP		CS DELICIAS NORTE (TRABAJO SOCIAL)	DOMINGO HIJAR EVA	2019_1059	A	SOLEDAD NO DESEADA
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2019_1030	A	MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	OCHOA MONEO PURIFICACION	2019_1051	A	DEPRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS EN CS DELICIAS SUR
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	GARCIA SANCHEZ NURIA	2019_1135	A	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL	2019_1139	A	EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	PULIDO HERRERA MARIA CARMEN	2019_1176	A	UTILIDAD DE LAS TIRAS REACTIVAS DE ANALISIS DE ORINA PARA LA AYUDA EN EL DIAGNOSTICO EN LA POBLACION PEDIATRICA DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2019_1323	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2019_1194	A	¡CONOCENOS!
Z3	AP	3612	CS DELICIAS SUR	RUBIO REMIRO MARIA OLGA	2019_0968	A	PSICOEDUCACION EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA, EN UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	GALLEGO ROYO ALBA	2019_0982	A	ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	LABORDA EZQUERRA KATHARINA	2019_1060	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EJEJA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	LLERA GUERRA RAQUEL	2019_1119	A	MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEJA DE LOS CABALLETOS
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	LAHOZ GARCIA FERNANDO	2019_1179	A	CONSULTA MONOGRAFICA: TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGIA MENOR E INFILTRACIONES
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2019_1450	A	VISIBILIZAR LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA
Z3	AP		CS EJEJA DE LOS CABALLEROS	MARES CAMELIA VALENTINA	2019_1488	A	CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA
Z3	AP		CS EPILA	LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA	2019_1429	A	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA INFORMACION PARA PACIENTES, ESCALAS MEDICAS Y ALGORITMOS DE URGENCIAS VITALES, USADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD
Z3	AP		CS EPILA	FAJARDO SOUTULLO SONIA	2019_0266	A	ELABORACION DE UNA GUIA/FOLLETO PARA FOMENTAR LA VIDA SANA
Z3	AP		CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2019_0305	A	GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP		CS EPILA	FRANCO GARCIA SARAY	2019_0459	A	APLICACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP		CS EPILA	TRUEBA INSA SANTIAGO	2019_0524	A	AFRONTAMIENTO DE LA SITUACION DE ULTIMOS DIAS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA ANTE PACIENTES CANDIDATOS A ACTITUD PALIATIVA
Z3	AP		CS EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2019_1066	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP		CS EPILA	ADAN GIL FRANCISCO MANUEL	2019_1401	A	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA
Z3	AP		CS EPILA	ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO	2019_1142	A	REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES
Z3	AP	3606	CS GALLUR	BARREDO ALLOZA ARSENIA	2019_1112	A	DERMATOSCOPIA EN EL CS GALLUR
Z3	AP	3606	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2019_1122	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE GALLUR
Z3	AP		CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2019_0201	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP		CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2019_0278	A	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR
Z3	AP		CS HERRERA DE LOS NAVARROS	MARTIN GOMEZ SUSANA	2019_0370	A	"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)
Z3	AP		CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORDO BLANCO ISABEL	2019_1257	A	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	3602	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA	2019_0938	A	EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR : HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA
Z3	AP	3602	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2019_1037	A	PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS
Z3	AP	3602	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	MANJON LLORENTE GENMA	2019_1068	A	EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE
Z3	AP		CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	COMPES LORENTE ALBERTO	2019_1178	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	3602	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2019_1241	A	PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	AP	3611	CS MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2019_1034	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GASCON VAL MARIVEL	2019_1058	A	MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ NAVARRO SUSANA	2019_0495	A	IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2019_0521	A	UNA EXCURSION SALUDABLE
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN	2019_0964	A	DETECCION DE RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR	2019_0965	A	ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2019_0990	A	IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2019_0992	A	ATENCION URGENTE AL SINDROME CORONARIO AGUDO
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MAGAÑA JULIAN ELENA	2019_1031	A	CONTROL Y GESTION DEL ALMACEN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLOGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA	2019_1039	A	LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2019_1063	A	ADECUACION DEL MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2019_1106	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SIMON LOBERA BELEN	2019_1115	A	ATENCION AL ICTUS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP		CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ NAVARRO SUSANA	2019_1342	A	MIMATE MUCHO
Z3	AP		CS OLIVER	ESCRIBANO PARDO DANIEL	2019_1006	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER
Z3	AP		CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2019_1020	A	PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER- PROYECTO DE CONTINUIDAD
Z3	AP		CS OLIVER	SANZ ABOS EVA	2019_1100	A	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER
Z3	AP		CS OLIVER	CASADO VELLILLA MARIA ISABEL	2019_1104	A	MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO
Z3	AP		CS OLIVER	LOZANO JOSA SUSANA	2019_1168	A	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER
Z3	AP		CS OLIVER	HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL	2019_1172	A	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER
Z3	AP		CS SADABA	ESPINOZA MOSQUERA PAUL	2019_1095	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE SADABA
Z3	AP		CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2019_1141	A	VIOLENCIA DE GENERO . ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES
Z3	AP		CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2019_1239	A	COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA
Z3	AP		CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2019_0658	A	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	GARCIA HUERTA EMILIA	2019_0882	A	TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2019_0629	A	PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2019_0735	A	RCP BASICA, OBSTRUCCION DE VIA AEREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2019_1011	A	SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	GARGALLO GOMEZ PILAR	2019_1405	A	SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS DE TARAZONA
Z3	AP	3607	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA PILAR	2019_1435	A	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA
Z3	AP	3607	CS TARAZONA (SALUD BUCODENTAL)	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2019_0600	A	PREVENCION DE MALOCCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS
Z3	AP	3304	CS TAUSTE	MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA	2019_1167	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE TAUSTE
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2019_1085	A	PROA AP : MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP UNIVERSITAS

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2019_1145	A	PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS	MATA BORDONABA ROSARIO	2019_1148	A	PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS	TEJERO LOPEZ TERESA	2019_1367	A	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ENFERMERA DE DESABITUACION TABAQUICA
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS (SALUD BUCODENTAL)	MILLAN SOBRINO ESTELA	2019_0674	A	PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS
Z3	AP	3615	CS UNIVERSITAS (SALUD BUCODENTAL)	MILLAN FERNANDEZ YOLANDA	2019_1359	A	ACCIONES PARA INCREMENTAR EL USO DE LA PRESTACION DENTAL INFANTIL Y JUVENIL(PABIJ) EN EL SECTOR III ZARAGOZA
Z3	AP	3608	CS UTEBO	OLMO PEREZ ELENA	2019_1249	A	EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	3608	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2019_1302	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE UTEBO
Z3	AP	3608	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2019_1358	A	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	3608	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2019_1489	A	ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UTEBO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2019_1040	A	PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2019_1248	A	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2019_1349	A	NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB) FASE PREANALITICA EN ELEAPS VALDEFIERRO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2019_1354	A	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS	2019_1376	A	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP VALDEFIERRO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN	2019_1457	A	CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA DE ENFERMERIA
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2019_1061	A	PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO
Z3	AP	3617	CS VALDEFIERRO	BUIL LANGARITA SUSANA	2019_0963	A	HUMANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA
Z3	AP		DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2019_1319	C	DERMAP / DERMATOAP
Z3	AP		DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2019_1322	C	PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICO COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP		DAP ZARAGOZA 3	PESCADOR YAGÜE MARIA CARMEN	2019_1364	A	PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACION DE TRASLADO EN AMBULANCIA
Z3	AP		DAP ZARAGOZA 3	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2019_0299	C	AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES
Z3	HOSP	CSNCVI	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (ANESTESIA Y REANIMACION)	DOMINGO PEREDA SILVIA	2019_1200	A	CLASIFICACION DE RESIDUOS PARA RECICLADO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	CSNCVI	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (CARDIOLOGIA)	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2019_0260	A	OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION
Z3	HOSP	CSNCVI	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA	2019_1409	A	VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. PROTOCOLO DE INSTAURACION, FORMACION DEL PERSONAL Y OPTIMIZACION DEL PROCEDIMIENTO
Z3	HOSP	CSNMCY	CENTRO SANITARIO MONCAYO (CARDIOLOGIA)	JIMENEZ MELO OCTAVIO	2019_1008	A	PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III
Z3	HOSP	CSNMCY	CENTRO SANITARIO MONCAYO (NEUMOLOGIA)	ANEL GRACIA SILVIA	2019_1363	A	CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO
Z3	HOSP		CRP NTRA SRA DEL PILAR (CSM DELICIAS)	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2019_1140	C	ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS
Z3	HOSP		CRP NTRA SRA DEL PILAR (PSIQUIATRIA)	MARTIN GRACIA ANDRES	2019_0943	C	PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP N° SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP		CRP NTRA SRA DEL PILAR (PSIQUIATRIA)	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2019_1136	C	COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP		CRP NTRA SRA DEL PILAR (PSIQUIATRIA)	PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL	2019_1246	C	PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME ALONSO-V PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION
Z3	HOSP		CRP NTRA SRA DEL PILAR (PSIQUIATRIA)	VILLAS PEREZ EVA	2019_1298	C	ATENCION A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ALERGOLOGIA)	SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA	2019_0571	A	INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ALERGOLOGIA)	CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS	2019_0602	A	NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ALERGOLOGIA)	LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA	2019_0604	A	IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER	2019_0567	A	ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MEJIA URBAEZ ELAINE	2019_0751	A	ESTANDARIZACION DEL DIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO CITOLOGICO DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	FLORIA TRUC LIDIA	2019_0860	A	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2019_0081	A	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2019_0281	A	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE	2019_0320	A	VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	CALLAU CALVO AURORA	2019_0394	A	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA	2019_0462	A	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALBERICIO GIL BELEN	2019_0679	A	PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GUILLEN ANTON JULIA	2019_1017	A	MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GIL CLAVERO SERGIO	2019_1282	A	CREACION DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACION DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	CIA BLASCO PEDRO	2019_1360	C	UNIDAD DEL DOLOR NIVEL III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	CARBONELL ROMERO MARIA	2019_1391	A	PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	RUIZ BUDRIA JOSE	2019_0741	A	INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	APARICIO PELAZ DIEGO	2019_0747	A	MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR	2019_0785	A	ENTREGA AL PACIENTE DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO CON LAS CONDICIONES PREVIAS A LA REALIZACION DE UNA PRUEBA FUNCIONAL EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	LATORRE GARCES VIOLETA	2019_0812	A	TRATAMIENTO DEL BIG DATA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA MEDIANTE LA INCLUSION DEL LABORATORIO EN EL PROYECTO EMPOWER DE NOKLUS, PARA LA DETECCION DE AREAS DE MEJORA EN LA FASE PREANALITICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	LARA NAVARRO EMMA MARIA	2019_0271	A	MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	FABRE ESTREMER MARTA	2019_0700	A	EVALUACION DE CAUSAS DE INFERTILIDAD Y TASA DE EXITO DE IAC EN NUESTRA AREA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	ARRUEBO MUÑO MARIA	2019_0803	A	AUTOMATIZACION DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS SERICAS POR NEFELOMETRIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2019_1129	A	ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (BLOQUE QUIRURGICO)	ROQUES MATA MARIA CARMEN	2019_1463	A	IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2019_0395	A	ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN	2019_0400	A	VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2019_0439	A	IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	LINARES VICENTE JOSE ANTONIO	2019_0533	A	CONSULTA DE PRE-EVALUACION DE IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	REVILLA MARTI PABLO	2019_0895	A	PROTOCOLIZACION DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS CARDIOPATIAS FAMILIARES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	LOPEZ CUARTERO PILAR	2019_1003	A	CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2019_1041	A	MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	MELERO POLO JORGE	2019_1127	A	SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	MARTINEZ LABUENA ANA	2019_1284	A	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	MARTINEZ LASARTE CRISTINA	2019_1329	A	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRAFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	JIMENEZ BERNADO ALFREDO	2019_0049	A	CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ELIA GUEDEA MANUELA	2019_0151	A	PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SANCHEZ BLASCO LAURA	2019_0239	A	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2019_0374	A	REALIZACION DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACION PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2019_0554	A	ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	LATORRE SAHUN ALBERTO	2019_0390	A	PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (DERMATOLOGIA)	ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL	2019_0433	A	MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (DERMATOLOGIA)	DE LA FUENTE MEIRA SONIA	2019_0435	A	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2019_0775	A	REVISION DIETETICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIRECCION)	CAUDEVILLA BIOTA EVA	2019_1475	A	ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	IRIGOYEN CUCALON LUIS	2019_0160	A	DETECCION Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOCRINOLOGIA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2019_0162	A	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2019_0445	A	ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	MORTE ROMEA ELENA	2019_0343	A	CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	PAÑO PARDO JOSE RAMON	2019_0784	A	OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO (NID)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	SIERRA MONZON JOSE LUIS	2019_1316	A	IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LACOMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2019_1456	A	CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON. (II)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	PUERTOLAS TENA ISABEL	2019_0614	A	OPTIMIZACION DE LA DOSIFICACION DE VANCOMICINA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2019_0807	A	MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GIMENO GRACIA MERCEDES	2019_0837	A	PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H.CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEJA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (FORMACION)	CHARLO BERNARDOS MARTA	2019_0981	A	SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PALOMERA BERNAL LUIS	2019_0202	A	GAMMAPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO: CRITERIOS DE DERIVACION A ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2019_0223	A	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	RUBIO ESCUIN REBECA	2019_0312	A	CIRCUITO DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE HEMOPATIAS QUE PRECISEN BIOPSIA HISTOLOGICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	DOBON REBOLLO MANUELA	2019_0360	A	EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MORENO CHULLILLA JOSE ANTONIO	2019_1337	C	CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMODIALISIS)	CALLIZO PEQUERUL LAURA	2019_0657	A	CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO)	TORRES SAIZ ALICIA	2019_1062	A	PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACION EN HOSPITAL DE DIA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (INMUNOLOGIA)	NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES	2019_0926	A	DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	OBON AZUARA BLANCA	2019_0040	A	MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	OBON AZUARA BLANCA	2019_0041	A	OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE AB EN UCI
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	OBON AZUARA BLANCA	2019_0042	A	OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	RIDRUEJO SAEZ RAQUEL	2019_0371	A	MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	ZALBA ETAYO BEGOÑA	2019_0407	A	PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	ARAIZ BURDIO JUANJO	2019_0453	A	CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	VIRGOS SEÑOR BEATRIZ	2019_0688	A	VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL	2019_0690	A	CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	BARCELO CASTELLO MIREIA	2019_0880	A	INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRITICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	LOPEZ NUÑEZ CARLOS	2019_1004	A	PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	EZQUERRA BIESCAS JOSE MIGUEL	2019_1256	A	MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO	MORA RANGIL PATRICIA	2019_1279	A	DA A TU PACIENTE UN "FAST-HUG"

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(MEDICINA INTENSIVA)				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	MARIN BALLVE ADELA	2019_0171	A	PROYECTO DE MEJORA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSON PULMONAR DEL AREA III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	RUBIO GRACIA JORGE	2019_0665	A	EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	SANCHEZ MARTELES MARTA	2019_0766	A	EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO	2019_0829	A	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	JORGE SAMITIER PABLO	2019_0840	A	PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	VALLES VILLAGRASA EVA	2019_0984	A	HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN	2019_1001	A	MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA	2019_1029	A	ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR	2019_1043	A	RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2019_0517	A	MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	MOLINER LAHOZ JAVIER	2019_0660	A	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	FELIX MARTIN MANUELA	2019_0786	A	HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION (HLYD): ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2019_1317	A	REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2019_0098	A	CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2019_0175	A	CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	GIL TOMAS JOAQUINA	2019_0215	A	ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	BENITO RUESCA RAFAEL	2019_0324	A	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ALGARATE CAJO SONIA	2019_0667	A	IMPLEMENTACION DE DIAGNOSTICO RAPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE	2019_0684	A	ELABORACION DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SANCHEZ YANGÜELA ELENA	2019_0884	A	ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL Sº DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEFROLOGIA)	IÑIGO GIL PABLO	2019_0816	A	RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (2ªFASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS	2019_0579	A	IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2019_0583	A	PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2019_0593	A	ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2019_0594	A	MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES

PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(NEUMOLOGIA)				RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DE CME INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	TELLER JUSTE PABLO	2019_0595	A	ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIROLOGIA)	ANDRES SANZ JULIO ALBERTO	2019_1236	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO OPTIMIZADO DEL HSD CRONICO EN ESTE CENTRO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA	2019_0069	A	REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2019_0102	A	SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	GARCES REDONDO MOISES	2019_0186	A	PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEADES DESMIELINIZANTES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	MUÑOZ FARJAS ELENA	2019_0257	A	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCION LUMBAR PROGRAMADA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	MAURI LLERDA JOSE ANGEL	2019_0377	A	MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	ESCRIBANO GARCIA MARTA	2019_0570	A	IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	TEJERO JUSTE CARLOS	2019_0846	A	PROYECTO TABLET HCE
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	SANCHEZ VALIENTE SARA	2019_0975	A	PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSERVACION)	ADAN MURO LUISA MARIA	2019_0193	A	PLAN DE MEJORA PARA UNA ESTANCIA DE CONFORT Y TRANQUILIDAD EN LA SALA DE OBSERVACION
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSERVACION)	LOPEZ ALBA CONCEPCION	2019_0505	A	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BESCOS SANTANA ELENA	2019_0043	A	INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	NASSAR MELIC NADIA	2019_0058	A	MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	REPOLLES LASHERAS SIRA	2019_0075	A	MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	2019_0508	A	CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MARTINEZ MEDEL JORGE	2019_0527	A	REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RUIZ MARTINEZ SARA	2019_0528	A	ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2019_0536	A	DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	NARVION CASORRAN CAROLINA	2019_0598	A	INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SOBREVIOLA LASERRADA MERCEDES	2019_0645	A	EVALUACION DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA, CIR Y PREMATURIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION MEDIANTE FORMULAS MATEMATICAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	REMACHA SIENES MARIA	2019_0707	A	DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION DEL AREA III DEL SALUD
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DIAZ VEGA MIGUEL	2019_0740	A	CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PADIN FABEIRO MARTA	2019_0779	A	ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	RAMIRO MILLAN PATRICIA	2019_0055	A	ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	CAREMELLO ALVAREZ CONSTANZA	2019_0097	A	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIFICO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2019_0147	A	ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO	2019_0314	A	MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	PEREZ NAVARRO ITZIAR	2019_0315	A	IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA MEDICA)	TORRES RAMON IRENE	2019_0391	A	PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	VALTUÑA PEYDRO GERMAN	2019_0450	A	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES	2019_0131	A	UTILIZACION DEL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GASCON RUBIO CRISTINA	2019_0132	A	DISEÑO DE LOS DOCUMENTOS Y ACCIONES NECESARIAS PARA LA CREACION DE LA UNIDAD DE OTONEUROLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO	2019_0133	A	REALIZACION Y EVALUACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS INFORMATIZADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA	2019_0242	A	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	CUADRON ANDRES LORENA	2019_0277	A	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA POBLACION PEDIATRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACION
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR	2019_0283	A	DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	HUERTA BLAS PALOMA	2019_0361	A	ELABORACION Y USO DE HOJA DE CALCULO PREDISEÑADA PARA LA OBTENCION DE DOSIS DE MEDICACION Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIATRICOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	LLORENTE CEREZA MARIA TERESA	2019_0460	A	ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN URGENCIAS/HOSPITALIZACION EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	BONAFONTE DIEZ LUCIA	2019_1191	A	EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	PUEENTE COLINA ALBERTO ANDRES	2019_0861	A	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	ZUECO GARCIA ELENA	2019_1157	A	MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	CAMPOS RODENAS RICARDO	2019_0672	A	REVISION DE LOS PROCESOS DE INGRESO, ALTA Y DERIVACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE ADULTOS (UHA) EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL LOZANO BLESAS DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2019_0967	A	ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS (HDPA)
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	PEREZ CAMO VALERO	2019_1250	A	GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESAS"
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU	2019_1355	A	PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACION EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCEPSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (QUIROFANOS)	CALVO LATORRE ARACELI	2019_0958	A	DISEÑO Y ELABORACION DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES EN EL HCULB
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2019_0348	A	EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	SAEZ VALERO EDUARDO	2019_0384	A	DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	SALCEDA ARTOLA JAVIER	2019_0843	A	MANUAL DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2019_0411	A	IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
			(RADIOFISICA HOSPITALARIA)				SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	RUIZ MANZANO PEDRO	2019_0650	A	EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIOACTIVO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER	2019_0685	A	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA)	PEREZ VECINO DANIEL	2019_0572	A	ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	ESTERUELAS CUARTERO PAULA	2019_0236	A	REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	CARNEIRO LAZARO RAQUEL	2019_0289	A	DETECCION DE NECESIDADES DE INFORMACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES EDUCATIVAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA	2019_0292	A	ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	LABORDA RUIZ MARIA PILAR	2019_0331	A	PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO	2019_0388	A	ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	MEDRANO CID MAYRA	2019_0389	A	ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA	2019_0699	A	ESCUELA PERINEAL "CONOCE TU SUELO PELVICO"
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	MARTA LAZO MIGUEL	2019_0727	A	IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	AZUARA LAGUIA JOSE LUIS	2019_0797	A	DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (REUMATOLOGIA)	PERALTA GINES CLILIA AMPARO	2019_0457	A	UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (TOXICOLOGIA)	FERRER DUFOL ANA	2019_1505	A	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR ETANOL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	ROMANOS CALVO BEATRIZ	2019_0120	A	MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	FUERTES SCHOTT CAROLINA	2019_0752	A	OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	ARBUES ABAD ELENA	2019_1201	A	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO EN EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MOZOTA DUARTE JULIAN	2019_1339	C	PROGRAMA CIRUGIA SEGURA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE DIALISIS)	PALACIO GAVIN GEMA	2019_0787	A	CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE DIALISIS)	MERIDA DONOSO ANCHEL	2019_0791	A	CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE DIALISIS)	CRIADO MAINAR CARMEN	2019_0808	A	REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	LAHOZA PEREZ CARMEN	2019_0122	A	PROYECTO PARA ADECUAR LA SOLICITUD DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN URGENCIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2019_0123	A	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. CONTINUACION
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	ALDEA MOLINA ELISA	2019_0124	A	EVALUACION DEL TTº ANTICOAGULANTE ELEGIDO EN PACIENTES DE PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR DURANTE SU ASISTENCIA EN URGENCIAS. COMPARATIVA DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE TTº ANTICOAGULANTE

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	PARDO VINTANEL TERESA	2019_0191	A	CARDIOVERSION ELECTRICA COMO PRIMERA OPCION TERAPEUTICA EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA O PRIMER EPISODIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	VILLAFRANCA RUIZ PAMELA	2019_0345	A	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	SOLANS ATANCE ADRIAN	2019_0350	A	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	SOLANS ATANCE ADRIAN	2019_1049	A	LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN URGENCIAS
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	SAENZ ABAD DANIEL	2019_1350	C	MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESAS". IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	BERNAL JULIAN MARIA DOLORES	2019_1423	A	GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	MURILLO PEREZ CARLOS	2019_0207	A	CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	CAPAPE POVES VICTORIA	2019_0210	A	MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA
Z3	HOSP	500016	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2019_0261	A	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
CA	AMB	USMCAL	USM CALATAYUD (PSICOLOGIA CLINICA)	DELGADO MIGUEL MARIA PILAR	2019_0449	A	IMPLANTACION DE INTERVENCION PSICOLOGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRONICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES
CA	AMB	USMCAL	USM CALATAYUD (PSIQUIATRIA)	ABAD BOUZAN CRISTINA	2019_0103	A	CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO
CA	AP		CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2019_0206	A	YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
CA	AP		CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2019_1268	A	YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
CA	AP	3702	CS ARIZA	GALDIANO RODRIGUEZ MARIA JOSE	2019_1416	A	ACTUALIZACION EN RCP E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS
CA	AP	3702	CS ARIZA	DIEZ GIMENO IRENE GLORIA	2019_1467	A	MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2018
CA	AP	3702	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2019_1468	A	CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	3702	CS ARIZA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2019_1469	A	IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO DIAGNOSTICO Y CRIBADO DE E.P.O.C. Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
CA	AP	3702	CS ARIZA	JILAVEANU CORINA MARIA	2019_1472	A	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE.GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA
CA	AP	3702	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2019_1473	A	MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS, EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	3702	CS ARIZA	BENDICHO ROJO CESAR	2019_1474	A	NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACION
CA	AP	3703	CS ATECA	MELENDO BUENO MAGDALENA	2019_1165	A	MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA
CA	AP	3703	CS ATECA	GALINDO FAGO ADRIANA	2019_1270	A	ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS
CA	AP	3703	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2019_1288	A	INTERVENCION EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
CA	AP	3703	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2019_1460	A	ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA
CA	AP	3710	CS CALATAYUD NORTE	ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA	2019_0007	A	EN CONTACTO CON LOS TMG
CA	AP	3710	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2019_1166	A	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2
CA	AP	3710	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2019_1169	A	FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE, EN AUTOCONTROL DE COAGULACION
CA	AP	3710	CS CALATAYUD NORTE	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	2019_1312	A	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION INTERDISCIPLINAR
CA	AP	3704	CS CALATAYUD SUR	SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA	2019_1151	A	TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL
CA	AP	3704	CS CALATAYUD SUR	EHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR	2019_1228	A	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	3704	CS CALATAYUD SUR	PEREZ BENAVIDES JULIO CESAR	2019_1229	A	HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD
CA	AP	3704	CS CALATAYUD SUR	DIGON SANMARTIN LUIS	2019_1308	A	IRASPROA, APLICACION EN E.A.P. CALATAYUD SUR
CA	AP	3705	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2019_1072	A	PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL
CA	AP	3705	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2019_1092	A	ESTRATEGIA DE DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE Y UNA ESPIROMETRIA
CA	AP	3705	CS DAROCA	CUADRADO GONZALEZ AINOA	2019_1093	A	AUMENTO DE DETECCION Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS DAROCA
CA	AP		CS ILLUECA	RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE	2019_1213	A	GRUPO DE MUJERES +45
CA	AP		CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2019_1218	A	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S ILLUECA

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
CA	AP	3707	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2019_0844	A	CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE III
CA	AP	3707	CS MORATA DE JALON	LACORT BELTRAN EVA	2019_1477	A	UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS
CA	AP	3707	CS MORATA DE JALON	MARIN LAZARO RAQUEL	2019_1510	A	ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE MORATA DE JALON
CA	AP	3711	CS SAVIÑAN	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2019_1010	A	MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN
CA	AP	3711	CS SAVIÑAN	MARTIN CIMORRA JAVIER	2019_1012	A	PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN
CA	AP	3711	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2019_1014	A	MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN
CA	AP	3709	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	MORALES MERINO YOLANDA	2019_1233	A	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD
CA	AP	3709	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	AZON LOPEZ ESTHER	2019_1259	A	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO
CA	AP		DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2019_0012	C	TELEDERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP		DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2019_0009	C	IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP		DAP CALATAYUD	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI	2019_0046	C	PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ANALISIS CLINICOS)	AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA	2019_1311	A	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN FLEBOTOMIAS O SANGRIAS TERAPEUTICAS
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ANESTESIA Y REANIMACION)	ORTIZ ENCISO MARTA	2019_0020	C	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA: PUESTA EN MARCHA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ANESTESIA Y REANIMACION)	PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL	2019_1117	A	AYUNO PERIOPERATORIO DE LIQUIDOS CLAROS, APLICACION DE GUIAS CLINICAS
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (BLOQUE QUIRURGICO)	JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN	2019_1343	A	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2019_1097	A	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	NAVARRO BARLES ANA	2019_1204	A	ELABORACION DE PROTOCOLOS PREOPERATORIOS EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA PACIENTE SOMETIDOS A INTERVENCION ELECTIVA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	DE JUAN CEBOLLADA CARMEN	2019_1361	A	MEJORA EN LA PREVENCION DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA MEDIANTE REALIZACION DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2019_0464	A	CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	SANZ FOIX PERFECTA	2019_0616	A	INTERVENCION EDUCATIVA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS EN LA ALIMENTACION SALUDABLE DE PACIENTES DIABETICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (FARMACIA HOSPITALARIA)	URIA RTE PINTO MOISES	2019_0806	A	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	ESCOBAR RAMON MARIA JESUS	2019_0037	A	ACREDITACION DEL HEMOGRAMA EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (MEDICINA INTERNA)	DE MARCO MURO MARIA CRISTINA	2019_0891	A	MEJORA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRONICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL	2019_1315	A	PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2019_1353	A	REALIZACION Y DIFUSION DE UN PROTOCOLO DE VACUNACION PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)
El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (NEUMOLOGIA)	SANCHO MUÑOZ ELENA	2019_1417	A	IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (NEUROLOGIA)	SERAL MORAL MARIA	2019_1406	A	TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GRACIA COLERA DANIEL	2019_0565	A	INTRODUCCION DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DURAN ALGAS LORENA	2019_0638	A	SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	2019_0639	A	APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	IBÁÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE	2019_0646	A	FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2019_0859	A	VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2019_0871	A	INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GARCIA SIMON RAQUEL	2019_0872	A	RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCION DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OFTALMOLOGIA)	DIAZ PEIRO SILVIA	2019_0723	A	REVISION DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS CRONICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OFTALMOLOGIA)	MOGOLLON DAZA MELISSA	2019_0893	A	OPTIMIZACION DE SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS EN CIRUGIA DE CATARATA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (OFTALMOLOGIA)	MARTINEZ MARTINEZ SANTIAGO	2019_1331	A	PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO QUIRURGICO DE CATARATA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ONCOLOGIA MEDICA)	BLANCAS COSTEA ANA MARIA	2019_0805	A	PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (ONCOLOGIA MEDICA)	VALERO SANCHEZ SONIA	2019_1170	A	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (PEDIATRIA)	VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA	2019_0088	A	CREACION Y APLICACION DE UN NUEVO PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO DE RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (PEDIATRIA)	TIRADO MELERO MONTSERRAT	2019_0096	A	IMPLANTACION DE LA VACUNACION FRENTE A TOS FERINA EN EL PERSONAL SANITARIO DEL AREA MATERNO-INFANTIL
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (PEDIATRIA)	MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL	2019_0234	A	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE HISTORIA PROVISIONAL DE TODOS LOS RECIEN NACIDOS
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (PSIQUIATRIA)	CEBOLLA POLA MARCOS	2019_1087	A	MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2019_0019	C	IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (UNIDAD DE SALUD MENTAL)	ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA	2019_0503	A	EN CONTACTO CON LOS TMG
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2019_0022	C	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA/ SEGUIMIENTO 2018
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2019_0053	A	MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2019_1152	A	MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS
CA	HOSP	500153	H ERNEST LLUCH (UROLOGIA)	ARANDA LASSA JOSE MANUEL	2019_1220	A	PROYECTO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DE ESTANCIAS PREOPERATORIAS HOSPITALARIAS

**PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2019 (Todos los proyectos)**

Número de proyectos: 1313 (Actualizado el viernes 17 de enero de 2020 a las 10:37:28 horas) (Última actualización de la semana)

El listado está ordenado por Sector->Ámbito->Centro de Trabajo->Servicio->Nº de registro

061 ARAGON

Sector	Ámbito	Centro/ (Servicio)		Apellidos/Nombre	NReg	Tp	Título
		Cód	Denominación				
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON)	HERRANZ ANDRES CLARA	2019_0929	C	REVISION Y ACTUALIZACION DEL ARBOL DE TIPIFICACION DE AVISOS EN EL CENTRO DE COORDINACION DE URGENCIAS
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON)	ARREGUI RODRIGO AIDA	2019_1500	C	MANUAL DE PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DEL 061 ARAGON
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (DIRECCION)	ALCOBER LAMANA PILAR	2019_1504	C	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN ACCIDENTES DE TRAFICO. GARANTIA DE LA CADENA DE CUSTODIA
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (FARMACIA 061 ARAGON)	ALVAREZ NONAY ADRIANA	2019_1497	C	DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA CONSULTA DE LA COMPATIBILIDAD/INCOMPATIBILIDAD DE LA ADMINSTRACION EN "Y" DE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUIA FARMACEOTERAPEUTICA DE LA GERENCIA DEL 061
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (RECURSOS HUMANOS)	BAUTISTA CANO PEDRO	2019_0973	C	ADECUACION E IMPLANTACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA DE GESTION DE INCIDENCIAS EN EL AREA DE RECURSOS HUMANOS DEL 061 ARAGON
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SUAP)	CLEMENTE BARRANCO ANTONIO	2019_1313	C	UN IMPULSO HACIA LA MEJORA EN LA GESTION MEDIOAMBIENTAL. ESTUDIO DE LA VIABILIDAD DE ADAPTACION DE LOS VEHICULOS DEL SUAP A UN NUEVO SISTEMA DE COMBUSTIBLE RESPETUOSO CON EL MEDIOAMBIENTE
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (UME FORADADA DEL TOSCAR)	VILLELLAS AGUILAR IGNACIO	2019_1501	C	ELABORACION DEL MANUAL DE PROTOCOLOS PARA UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DE 061 ARAGON
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (UME ZARAGOZA 1)	ABIAN ALONSO JOVITA	2019_1503	C	DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA (LA RCP TAMBIEN ES COSA DE LOS MAS PEQUEÑOS)
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS)	SANCLEMENTE SAEZ JORGE	2019_1498	C	DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA GESTION DEL CONTROL DE CADUCIDADES Y LOTES EN LAS UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA (UME) DEL 061 ARAGON
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	LUESMA GARGALLO MARIA LUISA	2019_1158	C	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MEDICION DE LAS RELACIONES CON NUESTROS PROVEEDORES DIRECTOS
AR	061	061ARA	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	MAINAR GOMEZ BELEN	2019_1266	C	INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL GOBIERNO DE ARAGON (HCE-PROYECTO GUHARA) DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

Proyecto: 2019_0545 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL C.S.ALMUDEVAR

2. RESPONSABLE EVA LAFUENTE ARIÑO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CAMPOS AVELLANA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· MARIN PRADOS EDUARDO. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· URDANIZ SANCHO JAVIER. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VIÑALES ORDAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha observado la necesidad de unificar criterios sobre el material del nuevo carro de paros de acuerdo con las necesidades y aptitudes del personal, y también de los maletines de asistencia a domicilio por obsoletos. Se detectó con la comunicación de incidencias en las hojas de registro y por comentarios e inquietudes expresadas por el personal del centro, que en la práctica se traduce en el empleo de maletines individuales. Destacar la importancia de posibilitar al EAP para la atención de la urgencia de forma inmediata, segura y actualización en formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar una asistencia de calidad al paciente que sufre la urgencia
Mejorar la efectividad y eficiencia de las urgencias así como la implicación y satisfacción de los profesionales con respecto al uso y cuidado del material

.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Respecto a los maletines de asistencia a domicilio:

- Asegurar una disponibilidad de material para la asistencia de urgencia fuera del centro
- Mejorar la calidad de la atención de urgencia disminuyendo el tiempo de respuesta que conlleva la preparación del material necesario en cada caso, aumentando la seguridad del paciente.

Respecto al carro de paradas:

- Mejorar la funcionalidad del carro de paros
- Evitar la variabilidad del material de urgencias unificándolo y simplificándolo.

- Disminuir las incidencias de revisión y reposición de material y medicación de los maletines de asistencia domiciliaria, del carro de paradas y por extensión del resto de material de la sala de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Constitución y puesta en marcha del equipo de mejora con el nombramiento de sus miembros y responsable del mismo, así como el establecimiento de un plan de trabajo.
- Consensuar las necesidades de material y stock mínimo para el carro de paradas y maletines de atención domiciliaria.
- Mejorar el protocolo actual de revisión y reposición del material, estableciendo una periodicidad de revisión de equipos y caducidades
- Establecer un modelo de hoja de control y registro de incidencias sobre el mantenimiento del material y control de caducidades con instrucciones sobre su cumplimentación
- Reunión con el EAP para presentar el proyecto de mejora. Acordar la implementación de dicho protocolo
- Reuniones trimestrales para proponer mejoras una vez revisadas las incidencias en las hojas de registro.
- Impartir charlas formativas de manejo de material, medicación y protocolos de urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de Hojas de registro de incidencias cumplimentadas adecuadamente respecto al total de hojas registradas.
- Nº de incidencias sobre stock mínimo de material registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
- Nº de incidencias sobre caducidades registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
- Nº de incidencias sobre el funcionamiento adecuado del material no desechable registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
- Grado de satisfacción del personal al inicio y al final mediante encuesta de satisfacción con escala del 1 al 10.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en Marzo 2019. Evaluación en Diciembre 2019. Duración: 1 año, con posible continuidad y ampliación en 2020.

Proyecto: 2019_0545 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL C.S.ALMUDEVAR

CRONOGRAMA:

Marzo-Abril:

- Presentación proyecto EAP
- Consenso stock mínimo material carro paros y maletines.
- Elaboración listado material.
- Elaboración hoja registro y calendario de revisiones.
- Comunicación al resto del equipo del protocolo e indicaciones sobre su implementación,

Mayo:

- .-Charla formativa de uso de material y revisión de protocolos de urgencia.

Mayo-Septiembre:

- Implementación del proyecto

Octubre:

- Presentación en reunión EAP resultados incidencias hojas de control 2º y 3º trimestre de 2019
- Comunicación aportaciones mejora al proyecto.

Diciembre:

- Realización memoria proyecto.
- Reunión EAP presentación resultados.
- Decisión sobre continuidad y/o ampliación de proyecto de mejora del mantenimiento y funcionamiento de material y equipos de atención a la urgencia.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Los propios del C.S..
- Maletines de urgencias nuevos (respiratorio y circulatorio)de tamaño apropiado.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. urgencias extrahospitalarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR SANCHEZ NAVALES
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALMUDEVAR
• Localidad ALMUDEVAR
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LAFUENTE ARIÑO EVA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
• PARDOS FERRER CARMEN. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
• MARIN PRADOS EDUARDO. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
• CARAZO CABRERIZO GEMA. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
• URDANIZ SANCHO JAVIER. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
• VIÑALES ORDAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según las guías de práctica clínica, en todo varón con sospecha de ITU (cistitis, prostatitis aguda, Pielonefritis aguda y orquidoepididimitis) debe recogerse una muestra de urocultivo previa al inicio del tratamiento antibiotico empírico.

Se ha observado en la práctica clínica que en muchos casos no se está recogiendo dicha muestra iniciándose tratamiento antiobiotico de forma empírica, y en otros casos, se remite al paciente a urgencias hospitalarias, sin que cumpla criterios de gravedad por la imposibilidad de recoger la muestra de forma ambulatoria fuera de los días y horarios establecidos para ello. Ello supone una molestia para el paciente, y un gasto innecesario, y en caso de iniciar tratamiento obviando el urocultivo, un aumento de riesgo de tratamientos inefectivos con sus consecuencias en salud y en generación de resistencias.

Por lo anterior se concluye que es preciso establecer un protocolo de recogida de muestras que permita seguir las guías clínicas, que optimice los recursos disponibles y así mismo emprender acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica actual, optimizando el tratamiento antibiotico, disminuyendo las visitas a urgencias innecesarias, las complicaciones, y mejorando la satisfacción del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer vías para poder recoger urocultivo a todos los varones (por extensión a todos los pacientes que sufran infecciones de tracto urinario complicadas) con sospecha de ITU antes del inicio de tratamiento empírico. Ofrecer siempre el tratamiento antibiotico empírico más adecuado según la evidencia científica y las circunstancias del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recoger información y datos para establecer unos indicadores que objetiven la situación actual del manejo de las ITU en el varón.

Reunión de equipo y personal de atención continuada para exponer la situación, estudiar las causas, y plantear las opciones de mejora.

Reunión formativa para actualizar la última evidencia en el manejo de las ITU en el varón y tratamiento empírico más adecuado.

Implantar un sistema de registro de casos para la recogida de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Fuente de datos OMI-AP

Nº de urocultivos recogidos en varones con sospecha de ITU/ Varones con diagnóstico de ITU

(Standard 90 %)

Nº de tratamiento antibiotico empírico adecuado/Nº tratamiento empíricos en sospecha de ITU de varon (Standard 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril 2019: Recogida y tratamiento de datos de los meses de junio a octubre de 2018 para obtener indicadores de la situación actual.

Mayo 2019: Exposición de la situación al equipo, actividades formativas, estudio de las causas y establecer protocolo de mejora.

Junio -Octubre 2019: Implementación y puesta en marcha del protocolo.

Noviembre 2019: Recogida y tratamiento de datos de los 5 meses de implantación (junio a octubre de 2019). Obtención de los nuevos indicadores.

Diciembre 2019: Exposición de resultados y memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Autorización y recogida de datos del OMI-AP

En función del protocolo de recogida de muestras podría ser necesario un servicio de transporte adicional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RE-ANIMANDO LAS AULAS

2. RESPONSABLE OLGA PUEYO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· REMARTINEZ LAFUENTE CARMEN. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ IZARBEZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· CARAZO CABRERIZO GEMA. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· VISA GONZALEZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· VIÑALES ORDAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mayoría de las situaciones que requieren RCP se producen fuera de los ámbitos sanitarios (tanto de primaria como de especializada) y son presenciados y atendidos por personal no sanitario.
Esta demostrando que el tiempo de atención es directamente proporcional a la supervivencia y las secuelas .
Por otro lado existe una ley en la comunidad autónoma que está siendo desarrollada en relación a desfibriladores semiautomáticos en lugares públicos en la que debemos de participar como docentes.
También comienza en marzo de 2019 un proyecto de formación a profesorado que se desarrollara de forma progresiva y se propone formar parte de los ejes transversales del sistema educativo
.El acceso a la población en núcleos rurales es más cercano y sencillo desde los equipos de salud de los centros de salud.

El proyecto dará a conocer los recursos y conocimientos que existen y como usarlos.
De igual manera hará llegar las recomendaciones de carácter internacional que los expertos consensuan sobre el tema.

La mejora de atención a una situación tan grave como una parada cardiorespiratoria puede ser tan evidente como la de salvar una vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Formación sobre la comunidad educativa de Almudevar .
La población diana será los alumnos de secundaria del Instituto Piramide-Almudevar de Huesca y el claustro de profesores .

El instituto tiene 4 aulas con un total de 96 alumnos

1) Esperamos que ante un suceso vital sepan .:

- _ reconocer gravedad y actuar en consecuencia .
- _ reconocer una situación de parada cardiorespiratoria .Actuar según secuencia de protocolo europeo
- _ saber actuar en el orden más adecuado

2) dar a conocer los recursos sanitarios de que se dispone en la zona de salud en la que viven y los que se están implementando según las normativas de la CCAA de Aragón .

3) Conseguir comunicación y abrir posibilidades de participación activa en otras áreas sanitarias con la comunidad educativa de nuestra zona de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará con cada unidad de alumnos un taller teórico-práctico . Los grupos serán de todo el aula dividido en grupos de máximo 8 personas, cada uno de los cuales tendrá un monitor del EAP que lo desarrolla.

El mismo taller se presentará a los profesores favoreciendo la posibilidad de que sea en dos grupos .

Los recursos precisos corresponden a la elaboración de una presentación audiovisual y simuladores de torsos y desfibrilador que se prestarán por la unidad docente de sector Huesca .

Se pasará antes del taller un test de conocimientos sobre la materia de respuesta múltiple .y el mismo test post sesión .

Este test se evaluará por el equipo puntuando los conocimientos iniciales y los que se mejoran con el taller
Además una encuesta cualitativa para valorar aspecto de satisfacción y puntos de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Numero de alumnos y de profesores formados .

Porcentaje de respuestas correctas y porcentaje de respuestas corregidas en el test post sesión.

Valoración cualitativa .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Previsto sobre calendario escolar de enero a junio de 2019.

En marzo reunión del equipo de mejora para establecer distribución de tareas y unificar criterios de contenido.

En el mismo mes contacto con dirección de instituto y presentación al EAP.

Se contactará con unidad docente de sector Huesca tras conocer las fechas y las sesiones que se han de realizar .

Proyecto: 2019_0619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RE-ANIMANDO LAS AULAS

Durante los meses de abril, mayo y junio realización de los 4 talleres con los alumnos y 1-2 con el profesorado. Los días concretos se han de fijar con el calustro de profesores. La duración del taller podrá ser de 90 minutos: 25 de exposición teórica con proyección de power y participación activa del alumnado y el resto práctica sobre los simuladores con presentación de situación figuradas.

Al menos estarán 3 participantes del equipo de mejora en cada taller. Será de forma rotatoria y según necesidades del centro de salud la participación de los docentes.

Una vez realizadas todas las sesiones se valoran en reunión conjunta los test y encuestas cualitativas para extraer conclusiones y presentarlas tanto al EAP como al centro educativo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

MUÑECOS DE RCP de adultos y baby Para cada 6-8 personas contar con un muñeco..
Desfibrilador simulador.
Mascarillas desechables.
Gasas
Alcohol.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No se corresponde con ninguna patología puesto que es una actividad preventiva y comunitaria.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0689 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN LA ZONA DE SALUD DE ALMUDEVAR

2. RESPONSABLE SILVIA ROYO ROYO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VISA GONZALEZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva. La incorporación de los programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios, aunque para ello requieren que sean mantenidas en el tiempo. Con este proyecto se requiere mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y conseguir un acercamiento con nuestra población. También queremos implicar al paciente de forma activa en el manejo de la diabetes que es primordial para evitar complicaciones a corto y largo plazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Promover el desarrollo de enfermería en el ámbito de la educación grupal para la salud y su papel relevante en la comunidad.
-Aumentar los conocimientos del paciente sobre Diabetes y dotarle de herramientas y recursos que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable que minimicen las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad y por consiguiente aumenten su calidad de vida.
-Evaluar la eficacia del programa de educación tomando como indicadores, el aumento de conocimientos, importancia del control glucémico, modificación de conducta y la satisfacción de los participantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares formado por 6 -10 pacientes. La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Almuédvar. Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud de Almuédvar en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión que hagan participar al paciente de manera activa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesión y después de la última sesión y que versarán sobre:

-El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
-Modificaciones de conducta en la vida diaria.
-Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.

Los indicadores a utilizar:

Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que será en el mes de Mayo del 2019, estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0689 (Acuerdos de Gestión)

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN LA ZONA DE SALUD DE ALMUDEVAR

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0068 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

2. RESPONSABLE VANESSA PEREZ GAMAZO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS AYERBE
- Localidad AYERBE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTRO MURILLO TRINIDAD. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- LANZAROTE NASARRE LOURDES. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- FRANCO CONSEJO MARIA. PROFESOR/A. CPI RAMON Y CAJAL. EDUCACION
- ABADIAS LIESA FRANCISCO. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- BARECHE RIVARES MARIA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El colegio de Ayerbe valora la necesidad de realizar un taller práctico de primeros auxilios para los alumnos de 5º y 6º de Primaria.

Consideramos que la RCP básica en el medio extra hospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar y se valora la necesidad de aprenderla desde la infancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Que los niños de 10/11 años de la escuela de Ayerbe sepan actuar ante una situación de urgencias.

Conocer numero de emergencia y como describir lo que ven.

Saber valorar la situación que tienen delante y si fuera necesario comenzar con la actuación recomendada para cada caso..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión con una de las profesoras del colegio de Ayerbe.

Reunión del equipo sanitario que va a realizar la actividad para organizar material y día.

Como recursos humanos, irán tres enfermeros del Centro de Salud de Ayerbe.

Como recurso material, maniqués cedidos por la unidad docente de Huesca.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar la actividad con al menos el 80 % de los alumnos (población diana: 35 alumnos) .

Realización de un test para saber los conocimientos pre y post a la actividad en el que se consiga más de un 80 % de respuestas satisfactorias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión y diseño de actividades: Enero 2019.

Realización de taller : el 26 Febrero 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RCP BÁSICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER FUENTES ARNALDOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BERDUN
- Localidad BERDUN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- ARNAL BARRIO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- ASCASO CASTAN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- BAZTAN OLLETA LAURA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ADMISION Y DOCUMENTACION
- SUSINOS JUSTE FRANCISCO. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la realización de charlas y talleres en la comunidad, se nos ha comentado en numerosas ocasiones, si bien de manera informal, el interés en realizar alguna actividad en relación con el bienestar emocional, sobretodo en relación con métodos de relajación.
Aprovechando la formación recibida por 2 profesionales médicos en bienestar emocional, nos hemos propuesto iniciar el trabajo con la población en estos aspectos ya que además es una línea estratégica del SALUD para este año.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana serían adultos que o bien demanden esta actividad o aquellos en que los profesionales del centro de salud creen que se pueden beneficiar de estas técnicas.
El objetivo final sería dotar a estas personas de las herramientas básicas para el control del malestar emocional y la introducción de estas técnicas en el manejo de la ansiedad.
Nuestro objetivo sería que con estos talleres, la población pudiera seguir la actividad de manera autónoma.
Utilizar estas técnicas para evitar la cronificación del dolor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

3 reuniones del EAP para fijar los objetivos y coordinar la actividades a realizar, básicamente:

- Reconocimiento del malestar emocional
- Técnicas de respiración profunda
- Otras técnicas de relajación básicas: tensión-relajación muscular, visualizaciones..
- Bases del mindfulness o atención plena

Publicitar la actividad en la población

Selección de las personas susceptibles a participar en la actividad.

Realización de las actividades en 3 poblaciones en 3 sesiones anuales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 100%

Nº de temas abordados / Nº temas seleccionados. 75%

Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 75%

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 80%

Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 50%

Nº asistentes que consumen ansiolíticos o antidepresivos a los seis meses / nº asistentes que tomaban al inicio de la actividad algún ansiolítico o antidepresivo 30%

Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Planificación. Febrero-marzo 2019

Talleres abril-noviembre 2019

Evaluación: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material y audios proporcionados por Nuria Val Jiménez, médico del grupo de " Salud mental para Atención Primaria "

Proyecto: 2019_0163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CANALES DE COMUNICACION INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDUN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE LAURA BAZTAN OLLETA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ CARRICONDO JUAN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCES MORENO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BESCOS GARCIA ELISA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL BARRIO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ASCASO CASTAN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El personal laboral adscrito al CS Berdún, se compone de :
el EAPS formado por médicos y enfermeras con TIS asignadas en horario de mañana (que también asumen horas de AC), más una administrativa
médicos y enfermeras de atención continuada, en horario de tarde, noches y festivos, que también realizan sustituciones por la mañana.

Esto puede ocasionar que la información relevante sobre los pacientes visitados sea difícil de transmitir en ambos sentidos.

A pesar de atender a la misma población, esta falta de comunicación entre ambos grupos, puede ocasionar una peor atención al paciente. Este hecho se ve posiblemente motivado por que los profesionales con TIS asignadas y los profesionales de AC, no siempre coinciden en horario y lugar, debido a las agendas / RIF de cada uno.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es mejorar la atención y el seguimiento de los usuarios, al conseguir una coordinación y comunicación, fluidas y continuas, entre todo el personal del centro de salud.

La población diana serían TODOS los usuarios adscritos al centro de salud de Berdún.
Aunque posiblemente, se verán más beneficiados los pacientes crónicos complejos, terminales y población de > 75 años, por ser los que mayormente demandan atención.

La intercomunicación de actividades, cambios organizativos, material... estaría dirigida a todo el personal que trabaja en el centro de salud de Berdún.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dos reuniones entre los grupos de TIS asignadas y el grupo de AC. En la reunión primera se valora la situación de partida y la necesidad existente en cuanto a mejora de comunicación.

Impulsar el empleo del correo interno de OMI como canal de intercomunicación.

Elaborar hoja Excel para recogida de datos

Potenciar el uso en OMI de Salas- Cuidados paliativos para el seguimiento de los pacientes terminales.

Promover la citación en agenda de los pacientes que precisen control evolutivo (ya sea por personal médico o de enfermería).

Promocionar el uso del correo electrónico institucional para transmitir información general.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones previstas = 100%

Nº de mensajes generados en OMI sobre pacientes atendidos en AC / Nº pacientes atendidos en AC > o = 5%

Nº de mensajes generados en OMI sobre pacientes atendidos en horario de mañana / Nº pacientes atendidos en horario de mañana > o = 5%

Nº de pacientes a los que se les ha hecho seguimiento tras generar mensaje OMI / Nº mensajes sobre pacientes

Proyecto: 2019_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CANALES DE COMUNICACION INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDUN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

emitidos en OMI > o = 80%

Nº pacientes terminales registrados y seguidos en SALAS: CUIDADOS PALIATIVOS / Nº pacientes terminales= 100%

Valoración de los resultados de la encuesta a los profesionales sobre:

Nº de profesionales que han encontrado de utilidad el proyecto/ Nº profesionales > o = 80%

Nº de profesionales que consideran que ha mejorado la comunicación interprofesional/ Nº de profesionales > o = 80 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisiones cuatrimestrales (2).

Cierre al año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Utilización de correo interno OMI AP

Registro en EXCEL creado para recogida de datos y seguimiento de proyecto.

Historias clínicas en OMI AP.

Encuesta final de proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0327 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

2. RESPONSABLE PAULA CLAVER GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
- Localidad BIESCAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nos encontramos en un pueblo del norte del pirineo, con población envejecida, muchos de los vecinos viven solos porque ya han perdido a sus parejas o bien porque sus hijos o bien viven fuera del pueblo o bien están trabajando gran parte del día. Nuestras personas mayores reflejan a diario en la consulta, sobre todo en la época invernal, que en esta zona es algrá y dura por las condiciones climatológicas, la soledad. En Sallent de Gallego se cuenta con instalaciones municipales que pueden ser usadas por los vecinos pero que muchas veces están infrutilizadas, así mismo contamos con un entorno natural que invita a caminar y hacer ejercicio físico. Valoramos iniciar unas sesiones inicialmente semanales que consisten en ir a caminar por el entorno natural durante una hora los miércoles, posteriormente se realizan ejercicios de estiramientos y a esto se suman sesiones didácticas en el centro social del pueblo. Los días que por las condiciones climatológicas no lo permiten, es el en centro de día donde se llevan a cabo actividades físicas isométricas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Inicialmente la población a la que va dirigida es a los vecinos del pueblo mayores de 65 años, hacemos incapie desde el centro de salud en la unión al grupo de los pacientes que es desde donde se hace la captación activa. Contamos dentro del grupo con dos responsables que hacen la acogida y acompañan en las andadas a los vecinos. Se intenta conseguir la socialización de los pacientes con sus vecinos, mejorar la forma física y mantener actividad física diaria de los mismos como una forma de mejorar la salud tanto física como mental y prevenir riesgos en la población anciana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Inicialmente se realiza captación activa desde el consultorio médico y se colocan carteles por el pueblo donde se explica la actividad. Se plantean sesiones semanales los miércoles a las 11h de 1-1.30 minutos de duración, paseos siempre acompañados y subdivididos en dos grupos por nivel de resistencia física. Los paseos se llevan a cabo por los alrededores del pueblo. Todas las sesiones acaban con sesiones de estiramientos que se realizan por parte del personal médico del consultorio al finalizar. Si las condiciones climatológicas no lo permiten en el centro de día se realizan actividades de características de mantenimiento. Cada dos meses realizamos puesta al día, valorando perspectiva que los pacientes tienen de la actividad y damos algunas sesiones sobre: alimentación, prevención riesgos en el hogar... estas sesiones se realizan en el centro de día del pueblo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- se valora la satisfacción de los pacientes de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfechos)
- Se valora la disminución de la demanda en consulta por temas referentes al estado emocional de los pacientes
- Se valora el estado físico de los pacientes, la mejora subjetiva y la mejora en datos clínicos (peso, tensión arterial)
- Se valora pacientes a los que ha sido posible retirar fármacos
- se valora mejora de la socialización y comenzar a realizar en esos grupos otro tipo de actividades

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se inicia con periodicidad semanal desde 1 de Enero de 2019 hasta final del mismo, con vistas a seguirlo manteniendo con activo de la zona.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente anciano
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPA: IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE MARTA CARRES PIERA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
- Localidad BIESCAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLAVER GARCIA PAULA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BOBE PELLICER MARI ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- CALVO LACASTA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- SALCEDO GIL MARISOL. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BETRAN LACASTA CRISTINA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BANET RISCO MARI CARMEN. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hipertensión arterial es una de las patologías que con más frecuencia vemos en nuestras consultas. Un correcto diagnóstico temprano y la adecuación del tratamiento permiten controlar de manera más eficiente uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La tensión arterial experimenta fluctuaciones a lo largo del día y en periodos actividad/descanso y en nuestro centro dada la dispersión geográfica y en ocasiones las dificultades para acudir con frecuencia a la consulta para la toma de TA, se implanta el uso de MAPA: descartar la hipertensión de bata blanca, HTA refractaria, modificaciones de la medicación, HTA oculta (efecto inverso de la bata blanca) Se crea una agenda sala de MAPA en la que diariamente se puede citar un paciente, somos cuatro cupos y nos vamos citando a los pacientes en función de criterio médico-enfermería cuando se considera que cumple las condiciones dichas anteriormente de indicación de MAPA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-El proyecto se aplica a todos los mayores de 14 años diagnosticados de HTA de bata blanca, HTA refractaria, HTA que requiere modificaciones en la medicación o HTA oculta
-Se espera conseguir un buen control de las cifras de TA gracias al MAPA porque nos muestra las variaciones del ritmo circadiano y permite de esta manera una mejor adecuación del tratamiento
-satisfacción por parte del usuario dado el mejor control de su enfermedad y evitando citas continuas para control de TA en consulta

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realiza formación del personal médico y de enfermería de acuerdo al programa y funcionamiento del aparato En consulta se explica a los pacientes en que consiste la monitorización ambulatoria de la TA y los beneficios que obtenemos
Se crea la sala en la agenda OMI del centro de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Se valora el número de MAPA realizados a lo largo del año en la población con diagnóstico de HTA
-A los pacientes que se coloca la monitorización se valora el grado de control de cifras de TA tras este y una vez adecuada la medicación
- demanda de pacientes con diagnóstico de HTA tras colocar MAPA por mal control de cifras de TA
-satisfacción por parte de los usuarios y percepción de control de su enfermedad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se inicia en Enero de 2019 y su duración será anual. Se realizarán tres evaluaciones anuales para valorar los indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

aparato de monitorización de TA, ordenador, programa informático de volcado de datos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

2. RESPONSABLE YOLANDA TORRERO BESCOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLES LLERDA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· DE LOPE ROMEO MARIA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO GONZALEZ PAULA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ SERON ITZIAR. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· PALAZON FRANCO MARTA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MARINAS RAQUEL. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón de Mayo de 2014 establecía varias líneas de atención a las complicaciones crónicas, siendo una de ellas la atención al pie diabético. La prevalencia del pie diabético se estima entre el 8 y el 13% de los pacientes diabéticos. Los problemas derivados de la atención al pie son uno de los principales capítulos de gasto en la atención a la diabetes en todo el mundo, en especial las amputaciones, por lo que es importante un tratamiento temprano y una estrategia de prevención. Es imprescindible la revisión adecuada de los pies en todos los diabéticos para valorar el riesgo y proceder en consecuencia. En nuestro centro, durante 2018 se había revisado los pies en menos de la mitad de los pacientes diabéticos quedando el 58,06% sin revisión a 31 de Diciembre de 2018, una cifra que ofrece, sin duda, un gran margen de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo 1: Mejorar la tasa de revisión de los pies de los diabéticos de nuestra zona de salud
Objetivo 2: Realizar las revisiones aconsejadas por el programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón. (Una vez al año en pies con riesgo bajo, dos veces al año en pacientes con riesgo moderado y al menos 3 veces al año en pacientes con riesgo alto
Objetivo 3: Derivar a la Unidad de Ulceras crónicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús (unidad de referencia en la atención al pie diabético de nuestro Sector) a todos los pacientes con pies de riesgo alto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión formativa en el equipo sobre la Estrategia del pie diabético en Aragón y su circuito asistencial.
Sesión formativa sobre exploración del pie diabético.
Captación activa a los diabéticos de cada cupo haciendo hincapié en aquellos en los que no conste revisión de los pies. Establecimiento de la periodicidad de la revisión de cada paciente en función del riesgo. Los pacientes saldrán de la consulta con la cita para la siguiente revisión.
Derivación a la Unidad de referencia de pie diabético a los pacientes con pie de riesgo alto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR 1: Revisiónpie. Numerador: Pacientes diabéticos a los que conste revisión de sus pies; Denominador: Pacientes diabéticos.
Fuente: Aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes
Estandar: 90%
INDICADOR 2: Riesgomoderado. Numerador. Pacientes con riesgo moderado a los que consten 2 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo moderado
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 3: Riesgoalto: Numerador: Pacientes con riesgo alto a los que consten 3 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 4: Derivacion: Numerador: Pacientes con riesgo alto derivados a la unidad de pie diabético. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL 2019: Sesiones formativas
MAYO-DICIEMBRE 2019: Realización de las actividades
DICIEMBRE 2019: Evaluación del proyecto. Análisis de resultadosy decisión sobre continuidad o fin de proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dos kits completos de exploración de pie diabético.

Proyecto: 2019_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0652 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES

2. RESPONSABLE MERCEDES CABAÑUZ LATORRE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS GRAÑEN
 - Localidad GRAÑEN
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MENDOZA ESCUER ANA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
 - VIÑUALES PALOMAR CARLOS. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
 - MAZA MOREU CELIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. AYUNTAMIENTO DE ROBRES. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - OLMEDO MARTINEZ NAYLA. ENFERMERO/A. AYUNTAMIENTO DE ROBRES. ATENCION PRIMARIA
 - BAGAN FORTEA SERGIO. FISIOTERAPEUTA. AYUNTAMIENTO DE ROBRES. FISIOTERAPIA EN AP
 - SOPENA GRACIA JAVIER. GRADUADO/A DE LA ACTIVIDAD FISICA Y DEL DEPORTE. AYUNTAMIENTO DE ROBRES. EDUCACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El envejecimiento es un proceso natural de la vida y lo deseable es que este proceso sea activo y saludable. La Zona Básica de Salud (ZBS) de Grañén cuenta con un porcentaje del 31.11% de personas mayores de 65 años respecto a la población total. En la localidad de Robrés hay censadas en la actualidad 162 personas mayores de 64 años. La población de Robrés cuenta con una instalación polideportiva además de consultas con nutricionista, fisioterapeuta y preparador físico. El equipo del ayuntamiento propone la gratuidad de los mismos para las personas mayores de 64 años residentes en la localidad. El equipo sanitario de Robrés conoce la prevalencia de hábitos no saludables relacionados con la alimentación y la actividad física en personas de esta franja de edad, así como de otros problemas relacionados con la movilidad y fragilidad. Concretamente, y aplicable a la localidad de Robrés, la tasa de sobrepeso-obesidad de esta ZBS por 1000 habitantes es de 309,54. Los trastornos de la marcha son un problema en la población adulta mayor y causa importante de limitación funcional en las actividades de la vida diaria. Por todo ello el personal sanitario del SALUD y los profesionales de diferentes ámbitos de la salud y del deporte que tiene contratados el Ayuntamiento de Robrés van a promover y desarrollar de forma coordinada este proyecto comunitario que contribuirá a mejorar los hábitos de salud de la población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Promover una alimentación saludable y una pérdida de peso, a través de la educación en hábitos alimentarios adecuados y la práctica de ejercicio físico,
- Mejorar la movilidad/marcha (amplitud de movimientos, equilibrio y marcha) mediante la realización de terapias físicas y la realización de actividad física
- Disminuir la percepción del dolor (dolor crónico) mediante la realización de terapias físicas y realización de actividad física

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El equipo sanitario realizará el cribaje de la población a través del Censo y determinará en la consulta individualizada la población incluida en el proyecto y los objetivos que para cada uno de ellos se persiguen. Población diana: Todos ellos serán personas mayores de 64 años que voluntariamente quieran participar y sean seleccionados de acuerdo a alguno de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Grupo 1. Personas con un Índice de Masa corporal = $IMC > 25$.
 - Grupo 2. Personas con problemas de movilidad en la marcha (camina con ayuda: andador, muletas ó bastón y/o antecedentes de caídas)
 - Grupo 3. Personas con dolor osteomuscular o osteoarticular crónico
- *Cada persona puede estar incluido en más de un grupo.

Intervención:

- Grupo 1. En la consulta de la Nutricionista se realizará entrevista nutricional y se trabajaran hábitos alimentarios adecuados.
- Grupo 2 y Grupo 3. En la consulta del Fisioterapeuta se realizará una valoración de la marcha y el equilibrio, una valoración de la movilidad articular y una valoración del dolor
- Grupos 1,2 y 3. El Preparador físico orientará la actividad física más apropiada mediante la realización del Senior Fitness Test (SFT)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº Participantes del grupo 1 con una reducción del peso corporal $>5\%$ /nº participantes del grupo 1. Estándar $>50\%$.
- Nº Participantes del grupo 1 con una mejora del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) después-antes / Nº Participantes del grupo 1 Estándar $>50\%$
- Nº de Participantes del grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti < 25) que se han mejorado en más de 3 puntos la puntuación en la escala de Tinetti después de la intervención respecto del Nº de participantes del grupo 2 que presentan riesgo de caídas antes de la intervención . Estándar: $> 30\%$

Proyecto: 2019_0652 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES

Nª Participantes del grupo 2 con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (medida con el goniómetro) / Nª Participantes del grupo 2. Estándar > 50%
Nª Participantes del grupo 3 con una percepción de menos dolor (> de 1 punto de diferencia medido mediante escala EVA 0-10) después-antes/ Nª Participantes del grupo 3. Estándar >20%
Nº Total de Participantes en el proyecto (grupos 1,2 y 3) que se ha conseguido que después de la intervención "entren" dentro de los valores de referencia, intervalo normal, según el género y las distintas edades/Nº participantes del proyecto que están fuera de esos valores normales antes de la intervención. Estándar: > 30%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: Marzo 2019. Final: Enero 2020

Diseño de la ficha para la valoración y seguimiento del usuario. Marzo 2019

Establecimiento del Calendario de reuniones de los profesionales implicados. Marzo 2019.

Sesión informativa del proyecto en el ayuntamiento. Marzo 2019

Cribaje en consultas de medicina y enfermería. Marzo/Abril 2019.

Consultas nutricionista, fisioterapeuta y preparador físico e inicio de actividades en el polideportivo mayo 2019.

Consulta medicina /enfermería de seguimiento: 1ª consulta: 2ª quincena de junio/julio. 2ª consulta

septiembre./octubre.

Consulta final del proyecto medicina/enfermería: 2ª noviembre/diciembre

Evaluación indicadores: Enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Otras

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SOBREPESO, OBESIDAD Y TRASTORNOS DE MOVILIDAD/MARCHA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

2. RESPONSABLE TERESA VELILLA ALONSO
• Profesión MIR
• Centro CS GRAÑEN
• Localidad GRAÑEN
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• JORDAN LANASPA ALICIA GISELA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• ABIO SARRATE PILAR. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• GAVIN ANGLADA NATIVIDAD. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• CABAÑUZ BENEDICTO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• CABAÑUZ LATORRE MERCEDES. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• FUERTES ESTALLO MARIA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La ERC se define como la disminución de la función renal (FR), expresada por un FG < 60 ml/min/1,73 m², o la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o de pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

La prevalencia de la ERC aumenta de forma progresiva con la edad, y puede presentarse de forma aislada o concomitante con otras enfermedades, como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, de hecho, ha sido definida por las guías europeas como un "equivalente coronario", por lo que es importante en estos pacientes intensificar las medidas de control de factores de riesgo cardiovascular y de progresión de la enfermedad.

El deterioro de la función renal puede disminuir la eficacia o seguridad de algunos fármacos, aumentando la probabilidad de efectos adversos, toxicidad y hospitalizaciones, con la consiguiente morbimortalidad asociada, por lo que es importante evitar el uso de fármacos nefrotóxicos o ajustar la dosis de estos fármacos en la ERC.

En el caso de la diabetes, las revisiones recientes sobre el uso de hipoglucemiantes en pacientes con ERC recomiendan la reducción de dosis o retirada del fármaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL:

? Disminuir la morbimortalidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

? Mejorar la detección de IRC en el Centro de Salud de Grañén.

? Mejorar el control de los pacientes con IRC. Realización/control de al menos 1 determinación de su Función Renal (FGE) en el último año.

? Reducir el número de efectos adversos de la medicación hipoglucemiante mediante su ajuste a los valores del FGE en los pacientes con IRC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes IRC, los valores de filtrado glomerular de todos los pacientes del Centro disponibles en el Laboratorio de Huesca y de las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes (presentación y dosis). Fuentes de datos: OMI.AP, Izasa y Receta electrónica.

Se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.

Se contactará con los pacientes que requieren una modificación de la prescripción de fármacos. Se les comunicará y se les actualizará la prescripción.

Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

• Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptores: IRC, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar > 3%. Fuente OMI.AP

*Resultado de restar del listado obtenido el día 18/05/2019 el listado del día 16/04/2019

• Comparativa. % de pacientes con episodio IRC y analítica de Función Renal en el año 2019 versus 2018.

Estándar: > 5%. Fuente: OMI.AP e Izasa.

• Indicadores: nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes modificada/ nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes. Estándar: > 5%. Fuente: Elaboración propia ó Receta electrónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

• Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.

Proyecto: 2019_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

- 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado. Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con IRC. Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio de todo el año 2018. Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019.
- 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO
- Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS HIPOGLUCEMIANTES en virtud del grado de IRC.
- Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectados de IRC. Farmacéutica AP
- Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipoglucemiantes prescritos.
- Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas
- 3ª Fase. Junio-Noviembre
- Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.
- Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.
- Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2010.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ninguna.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

2. RESPONSABLE CARMEN QUINTANA VELASCO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS GRAÑEN
• Localidad GRAÑEN
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• NOGUES SEN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• MENDOZA ESCUER ANA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• SOLANES OLIVAN PILAR. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
• PUY CABRERO ALICIA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La ERC se define como la disminución de la función renal (FR), expresada por un $FG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o de pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

La prevalencia de la ERC aumenta de forma progresiva con la edad, y puede presentarse de forma aislada o concomitante con otras enfermedades, como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, de hecho, ha sido definida por las guías europeas como un "equivalente coronario", por lo que es importante en estos pacientes intensificar las medidas de control de factores de riesgo cardiovascular y de progresión de la enfermedad.

El deterioro de la función renal puede disminuir la eficacia o seguridad de algunos fármacos, aumentando la probabilidad de efectos adversos, toxicidad y hospitalizaciones, con la consiguiente morbimortalidad asociada, por lo que es importante evitar el uso de fármacos nefrotóxicos o ajustar la dosis de estos fármacos en la ERC.

Para lograr estos objetivos el tratamiento de elección son las estatinas, y en pacientes con ERC deben ajustarse las dosis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL:

- ? Disminuir la morbimortalidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ? Mejorar la detección de IRC en el Centro de Salud de Grañén.
? Mejorar el control de los pacientes con IRC. Realización/control de al menos 1 determinación de su Función Renal (FGE) en el último año.
? Reducir el número de efectos adversos de la medicación hipolipemiente mediante su ajuste a los valores del FGE en los pacientes con IRC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes IRC, de los valores del filtrado glomerular de todos los pacientes del Centro disponibles en el Laboratorio de Huesca y de las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes (presentación y dosis). Fuentes de datos: OMI.AP, Izasa y Receta electrónica.

Se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.

Se contactará con los pacientes que requieren una modificación de la prescripción de fármacos. Se les comunicará y se actualizará la prescripción.

Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptores: IRC, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar > 3%.
- * Resulta de restar del listado obtenido el día 18/05/2019 el listado del día 16/04/2019
- Comparativa. % de pacientes con episodio IRC y analítica de Función Renal en el año 2019 versus 2018.
- Estándar: > 5%
- Indicadores: nº pacientes IRC con prescripción hipolipemiantes modificada/ nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes. Estándar: > 5%. Fuente: Elaboración propia ó Receta electrónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.

Proyecto: 2019_1403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

- 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado. Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con EPISODIO abierto en OMI de IRC. Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio para todo el año 2018. Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019. Esta fase se hará conjuntamente con los integrantes del proyecto de Adecuación farmacológica del tratamiento hipoglucemiante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
- 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO
- Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS HIPOLIPEMIANTES en virtud del grado de IRC.
- Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectados de IRC. Farmacéutica AP
- Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipolipemiantes prescritos.
- Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas
- 3ª Fase. Junio-Noviembre
- Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.
- Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.
- Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0134 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE C.S.HECHO

2. RESPONSABLE NOELIA MONTON AGUARON

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HECHO
- Localidad HECHO
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ DEL CASTILLO DANIEL. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- DIEZ MUÑOZ MARIEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- DIEZ MUÑOZ TANIA. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

En el C.S. Hecho se han detectado deficiencias en la revisión y mantenimiento de la sala de urgencias que repercuten en fallos en la atención rápida y segura de los pacientes .
Además se percibe la necesidad de desarrollar acciones formativas periódicas en la atención en urgencias entre los profesionales .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la eficacia en la asistencia en situaciones urgentes potencialmente graves y disminución de tiempos de actuación, evitando demoras innecesarias.
Garantizar la seguridad en la atención de los pacientes del servicio de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisiones diarias de la sala según listados y días para evitar falta de material que demore la asistencia.
Reposición de material y precinto de maletines tras cada uso.
Revisión de caducidades de medicación mensual y mantenimiento diario de stocks mínimos de medicación.
Mejora del carro de paradas del C.S Hecho con adquisición de material adaptado a las necesidades de nuestro entorno.
Realización de al menos 2 sesiones formativas en Atención a Urgencias por semestre dirigidas a los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de Incidencias registradas referentes a :

- falta de material en sala de urgencias
- falta de medicación en cajetines.
- medicaciones caducadas en cajetines.
- % Disminución del número de Incidencias .
- % Actividades Formativas relacionadas con la Atención en Urgencias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2018-2019.Revisión anual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales que realizan su actividad en C.S.Hecho
Material fungible y medicación.

10. OBSERVACIONES.

Resaltar que el C.S Hecho es un centro periférico alejado de un recurso UME 24 hr.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0130 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

2. RESPONSABLE PILAR ESCANILLA SAMPER

- Profesión MATRONA
- Centro CS HECHO
- Localidad HECHO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAVIN BLASCO ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- ZUBIAURRE BASSAS PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- MONTON AGUARON NOELIA. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta el interés por parte de un grupo de mujeres de conocer y aprender gimnasia del suelo pélvico con el fin de evitar posibles pérdidas de orina. Por otra parte hay un gran interés entre la población femenina para realizar actividades grupales que permitan el aprendizaje de técnicas que reviertan en una mejora de su calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Potenciar el encuentro entre mujeres de edad postmenopáusica para aumentar la interrelación.
Mejorar la calidad de vida realizando ejercicios de relajación .
Facilitar que las mujeres reconozcan la musculatura del suelo pélvico.
Prevenir/mejorar la incontinencia, prolapsos y disfunción sexual femenina.
Incorporar hábitos de higiene postural en las mujeres en periodo de climaterio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Hecho en edad postmenopáusica (climaterio).
Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Ansó.
La captación se realizará por parte de personal de enfermería y será dirigido por la matrona.
Se potenciará la participación activa de las mujeres.
Acercar la presencia de los sanitarios a la población femenina en un ambiente participativo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de participación.
Porcentaje de satisfacción de los asistentes.
Evaluación post -taller

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Taller semestral en Hecho.
Taller semestral en Ansó.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales de enfermería y matrona.
Sala del C. Salud.
Encuestas de satisfacción.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mujeres en edad postmenopáusica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1153 (Acuerdos de Gestión)

PROMOCION DE LA SALUD EN AL ADOELSCECNIA A TRAVES DE LA ESCUELA

2. RESPONSABLE PALOMA DELGADO BAVAI

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HUESCA RURAL
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ASO GOTA PILAR. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta. se trata de unos años de importante cambio físico, psíquico y social que pueden determinar drásticamente la vida del individuo. Según la OMS cada año mueren 1'3 millones de adolescentes en el mundo, en la mayoría de casos por causas prevenibles o tratables. La principal causa de muerte son las accidentes de tráfico, seguido de VIH, suicidio, infecciones respiratorias y actos violentos, sin olvidar los problemas derivados de embarazos precoces, consumo de tabaco, alcohol y drogas, sedentarismo y trastornos mentales. En nuestro medio esta casuística se repite, con un alza en los últimos años de las enfermedades de transmisión sexual o aparición de nuevas adicciones como es el caso de las nuevas tecnologías. Ante una consulta realizada por el Centro Integrado de Educación de Formación Profesional Monteargon, en la que planteaban dudas en la actuación y prevención con un alumno portador de VIH, surge la idea de realizar una serie de ciclos formativos que respondan a las principales cuestiones planteadas por el alumnado y el centro en lo referente a los principales problemas de salud que pueden afectar a este rango de edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es la prevención, o al menos favorecer la detección precoz y problemas de salud relacionados con la adolescencia. Se trata de charlas previamente convenidas con la dirección del centro referentes a problemas de salud en la adolescencia, ETS; métodos anticonceptivos, consumo de drogas, maniobras de RCP básica, alimentación en el deporte, ... dirigidas al alumnado principalmente con el fin de aportar la información necesaria para que puedan prevenir situaciones, o detectar de un modo más precoz su presencia facilitando el posible tratamiento de las mismas y evitando complicaciones, así como valorar el grado de información, desinformación que poseen de estos temas y evitar los "falsos mitos" que suelen circular entre estas edades

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

De acuerdo con el centro de estudios se ha elaborado un plan de trabajo, donde los distintos profesionales del centro van a ir realizando charlas de las distintas temáticas establecidas, acordando las fechas y horarios con el centro de modo que se puedan organizar las agendas de ambos centros. La duración de las mismas no sobrepasará la hora a fin de mantener la atención de los alumnos. Siguiendo el calendario escolar se realizarán una charla cada mes / 2 meses según la disponibilidad del centro en función de las vacaciones escolares y época de exámenes. Se harán presentaciones y según el tema a tratar (por ejemplo RCP) se dispondrá de recursos prácticos y grupos más reducidos, siendo necesario reanudar varias sesiones. En un primer momento la participación del alumnado será pasiva con posibilidad de responder preguntas y resolver dudas, sin embargo según se vaya desarrollando el proyecto, se intentará hacerlos cada vez más participes del mismo con una postura más activa, valorando otros posibles formatos, sobre todo según el tema a tratar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Con la colaboración del centro se pasarán encuestas a los alumnos para valorar sus conocimientos previos sobre el tema a tratar. Dicha encuesta se repetirá pasada la charla a fin de valorar la mejora de conocimientos en dichos temas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se va a iniciar al primera quincena de Mayo con la charla sobre Enfermedades de transmisión sexual, a través de un médico y una enfermera y se reanudará con el próximo curso académico.

9. RECURSOS NECESARIOS.

material para proyectar presentaciones y práctico según el tema a tratar

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevención de patología más frecuente en la población diana adolescente
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0608 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN PLAN DE FORMACION E IMPLANTACION DEL EMPLEO DEL DERMATOSCOPIO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CRISTINA BELTRAN BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· FANLO ABELLA SARA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CORTES VIRGINIA . MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE AZNAR TEOFILO. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· MONCLUS LOPEZ MONICA . MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· PALACIO BUEN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LUZ MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad no se realiza ninguna actividad relacionada con la dermatoscopia en el Centro de Salud de Jaca. El cáncer de piel es el más prevalente de todos los tipos de cánceres. Concretamente el Melanoma supone el 1,5% de los cánceres en los varones y el 2,5% en las mujeres. La incidencia de los cánceres cutáneos y especialmente del melanoma va aumentando de forma sostenida desde hace años. Se piensa que este incremento está relacionado tanto con el envejecimiento de la población como con el aumento de las horas de insolación debido al aumento de las actividades lúdicas al aire libre y al cambio climático.

Para el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y especialmente de las cancerosas resulta de una utilidad inquestionable el Dermatoscopio. Permite explorar estructuras y hallazgos patológicos más allá de la unión dermo-epidérmica y que a simple vista son inadvertidos. Dichos signos nos permitirán hacer una prevención secundaria precoz, que de otro modo no podríamos hacer hasta que las lesiones hubiesen evolucionado a fases más avanzadas en las que quizá ya no sería posible controlarlas.

El empleo del Dermatoscopio por Médicos de Atención Primaria permitirá discriminar y priorizar más adecuadamente las necesidades de derivación de las distintas lesiones cutáneas. Este sistema de priorización será especialmente trascendente en nuestro medio, las comarcas de Alto Gállego y la Jacetania, que solo disponen de un dermatólogo en nuestro hospital de referencia, y a tiempo parcial con 2-3 consultas semanales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Formar e implantar el empleo del Dermatoscopio entre los profesionales del CdS de Jaca.
Evaluar el plan de formación y la satisfacción de los profesionales implicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Sesiones autoformativas. Se prevé la realización de al menos 4 sesiones de Formación en el Centro de Salud, impartidas por Médicos de Atención experimentados. Versarán sobre: 1. Introducción a la exploración con Dermatoscopio, su funcionamiento, tipos, usos. 2. Diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas. Características de las lesiones no Melanocíticas más frecuentes. 3. Lesiones Melanocíticas: nevus y melanomas. 4 Otros tumores cutáneos.

2. Talleres de empleo del dermatoscopio. Al menos 2. Empleo del Dermatoscopio y aprendizaje de la toma de fotografías de las lesiones.

3. Sesiones impartidas por Dermatólogo. Se prevé la realización de al menos 2 sesiones conjuntas con miembros del Servicio de Dermatología de referencia. El objetivo es unificar criterios, resolver dudas diagnósticas y habilitar mecanismos de consulta y derivación rápidos y eficaces.

4. Revisión de las derivaciones a Dermatología. De forma retrospectiva y tras haber realizado la formación, se realizará un audit de las derivaciones realizadas a dermatología. Se investigarán las razones de la consulta y la información aportada por el Médico de Familia y más concretamente si se ha hecho constancia de los hallazgos dermatoscópicos encontrados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras 9 meses del inicio de la actividad se realizará una evaluación con la medición de los siguientes indicadores:

1. Número de profesionales implicados e el proyecto. Se espera que se involucren al menos el 80% de los miembros del Equipo de AP.

2. Asistencia a las actividades de formación. Se realizará un registro de asistencia a las distintas sesiones y talleres. Se espera que la asistencia a las mismas sea de al menos del 75% de los profesionales del Equipo.

3. Se evaluará una muestra de derivaciones realizadas a dermatología. Se investigará especialmente la constancia de exploración dermatoscópica de la patología consultada por parte de los Md Familia. Se espera que en al menos el 50% de las derivaciones consten datos de la exploración dermatoscópica realizada por el Médico de Familia.

Proyecto: 2019_0608 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN PLAN DE FORMACION E IMPLANTACION DEL EMPLEO DEL DERMATOSCOPIO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

4. Finalmente se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesionales implicados en el proyecto: dermatólogos y médicos de familia, investigando puntos fuertes y débiles de este tipo de iniciativas, con objeto de establecer medidas correctoras para futuros proyectos de colaboración con la Medicina Especializada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- El plan de formación se llevará a cabo a lo largo de los 3 primeros trimestres del año 2019.
- La evaluación se hará hacia noviembre de 2019.
- Se prevé presentar los datos de la evaluación al Equipo de AP antes de fin del año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

2 dermatoscopios del tipo Dermlite DL100 o similar (precio estimado 300€ cada uno)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0617 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE ECOGRAFIA DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE TEOFILO LORENTE AZNAR
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS JACA
• Localidad JACA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALDEA DORADO CARMEN. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• PUEYO FENERO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• JIMENEZ LORES ANTONIO. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• CLAVERA TEJERO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• MAÑE GODE MARTA. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
• GIMENO ARNAL AMALIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los Aneurismas de Aorta Abdominal (AAA) afectan al 2,5% de la población de varones de = 60 años de edad. Son 4-5 veces más frecuentes en varones. La ecografía es el procedimiento de elección para su despistaje, por su simplicidad, seguridad, validez, coste-efectividad, reproductibilidad y aceptación pública. Experiencias en España han demostrado la factibilidad, seguridad y eficiencia de programas de detección de AAA, llevados a cabo por Médicos de Atención Primaria formados en el empleo de ecografía (Sisó-Almirall A, 2017).

Existen pruebas de una reducción significativa de la mortalidad por AAA en hombres de 65 a 79 años sometidos a cribado ecográfico, con una relación coste-efectiva aceptable (Cosford PA, 2007). Se estima que la el despistaje en hombres de =65 años reduce la mortalidad por AAA en un 50-67% en 13-15 años. Y que el NNT para prevenir una muerte por es de 352 pacientes estudiados (Guirguis-Blake JM, 2014 y Ehlers J, 2009).

La técnica es sencilla, inocua, no requiere de aparataje sofisticado y supone escasamente 5 minutos. Es un procedimiento técnicamente sencillo, algunos autores han encontrado que las mediciones de la aorta abdominal llevadas a cabo por estudiantes de medicina entrenados fueron similares a las realizadas por expertos (Bonnafy T, 2013).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evaluar el grado de implantación, la aceptación y la capacidad diagnóstica de un programa de detección de AAA mediante ecografías realizadas en Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Participantes: Varones de edad = 60 años. Priorizando a fumadores o exfumadores (= 20 paquetes-año) o que presenten enfermedades cardiovasculares arteriosclerosas, o antecedentes familiares de AAA.

Captación de forma oportunista en las consultas de Atención Primaria de Medicina y Enfermería del Centro de Salud de Jaca.

Se prevé la participación de los 10 cupos del Centro de Salud. Cada uno de ellos aportará 30 pacientes.

Se creará una agenda específica para el programa en la que se citarán durante una hora a 6 pacientes, en intervalos de cada 10 minutos. 3 días a la semana, durante 5 meses.

Además del estudio ecográfico dirigido al despistaje del AAA, el paciente cumplimentará una breve encuesta con 5-7 preguntas sencillas acerca de la aceptabilidad del programa, el grado de comodidad de la prueba y posibles sugerencias de mejora.

El procedimiento consistirá en la realización de una ecografía, previo ayuno de 8 horas. Se tomaran mediciones del diámetro aórtico externo en tres niveles.

Caso de detectar un paciente con criterios ecográficos de AAA (diámetro mayor de 30 mm) será remitido a su Médico de Cabecera para continuar el estudio.

Los resultados se presentarán al Equipo en sesión clínica, esperando el aporte de sugerencias de mejora para la valorar la posibilidad de continuar con el programa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras 5 meses de realización de ecografías (20 semanas), se detendrá el programa y se procederá a su evaluación.

Se recogerán datos acerca del número de participantes, cupo médico de procedencia de los mismos, edad, presencia o no de factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, HTA, DM, Dislipemia, antecedentes de cardiopatía isquémica o arteriopatía periférica, etc) y por supuesto de las mediciones del diámetro de la Aorta Abdominal. Se calculará la prevalencia de AAA en al población estudiada.

Adicionalmente se valorarán las encuestas de satisfacción de los usuarios y se resumirán las sugerencias de mejora aportadas.

Proyecto: 2019_0617 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE ECOGRAFIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Como indicadores de evaluación, se proponen:

1. Porcentaje de participación en el programa de los distintos sanitarios del Equipo. Se espera que participen al menos el 75% de los profesionales del Centro de Salud.

2. Grado de participación de cada uno de los cupos. Se prevé que cada cupo médico aporte un mínimo de 25 pacientes, y que esto sea así en al menos el 80% de los cupos participantes.

3. Cumplimiento del programa, con al menos 2 días semanales de consulta ecográfica, en al menos el 75% de las 20 semanas.

4. Se espera una satisfacción de la prueba entre los pacientes de al menos el 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se pondrá en marcha tras disponer del ecógrafo, a partir de Julio 2019.

Se desarrollará a lo largo de 20 semanas, hasta octubre-noviembre de 2019.

En diciembre de 2019 se realizará la evaluación y la medida de los resultados. Y se presentarán los resultados al Equipo: Se planificará o no la continuidad del proyecto u otros proyectos relacionados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un ecógrafo con función doppler color y sondas convex y lineal.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1132 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TERAPIA GRUPAL PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS: PROGRAMA BASADO EN TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS SEGUN EL PROGRAMA DE PEDRO MORENO COMPLEMENTADO CON COMPONENTES DE ACT

2. RESPONSABLE MARIA DE LA MERCED NOVO VAZQUEZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el centro de salud mental de Jaca-Sabiñánigo nos encontramos con un alto volumen de derivaciones, muchas de las cuales tienen que ver con trastorno mental común o trastornos adaptativos que en ocasiones conllevan un retraso en las citas interfiriendo especialmente en la atención a los trastornos más graves.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este grupo es el proporcionar una atención escalonada según la gravedad de los trastornos, proporcionando esta atención grupal en los casos menos graves que se considere que se pueden beneficiar de este tipo de intervención para así ir descargando la agenda en cuanto a consultas individuales. A medio plazo el objetivo sería tratar de reducir la lista de espera y ofrecer una atención más rápida y una frecuencia de citas adecuada a las necesidades de cada caso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se trata de un grupo de terapia cognitiva con base en mindfulness y compasión, siguiendo el modelo desarrollado en Murcia e implementado inicialmente por Pedro Moreno para trastornos adaptativos (que a su vez supone una adaptación de la terapia de Seligman para prevenir las recaídas en depresión), al que se han sumado aspectos de la terapia de Aceptación y Compromiso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una evaluación pre-post en la escala de síntomas SA-45, el FFMQ o cuestionario de mindfulness de cinco facetas, el cuestionario de calidad de vida whoqol-bref, la escala de evitación cognitivo-conductual CBAS. Como datos cualitativos y más a medio plazo, estaría la esperada disminución del tiempo entre citas de las revisiones de consultas individuales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El primer grupo está previsto que se realice entre abril y junio, con intención de realizar unos 3 grupos al año, en otoño, invierno y primavera respectivamente. Cada grupo tendrá una duración de 8 semanas, con una sesión semanal de 2 horas de duración y se realizará en el centro de salud de Jaca, convocando allí tanto a los pacientes propios de ese centro de salud como a los procedentes de Sabiñánigo, al disponer de un espacio más adecuado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recursos materiales extra, utilizando los materiales disponibles ya en la consulta así como otros elaborados por la psicóloga clínica (material en papel para los pacientes, con instrucciones para las tareas para casa especialmente). Sí se hará uso de una sala de mayor tamaño ya disponible a las horas programadas para el grupo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0176 (Acuerdos de Gestión)**

PROGRAMA DE MEJORA DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA EMBARAZADA

2. RESPONSABLE NOEMI OTO CONDON
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCANILLA SAMPER PILAR. MATRONA. CS JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS JACA. ODONTOESTOMATOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ante los cambios hormonales durante la gestación a nivel bucodental, hemos observado alteraciones a nivel periodontal y déficit de higiene durante el embarazo. Falta de conocimientos y hábitos saludables en salud oral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la Salud e higiene de todas las pacientes embarazadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Derivación a higienista dental en primera visita de embarazo por la matrona.
Revisión, diagnóstico y cubeta de flúor en el primer trimestre de embarazo.
Tartrectomía en segundo trimestre de gestación si procede.
2ª cubeta de fluor en el tercer trimestre de gestación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de embarazadas derivadas por matrona/ número de embarazadas que acuden a la consulta de higienista dental
Número de embarazadas que acuden a revisión bucodental/ número de embarazadas que requieren tartrectomía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el transcurso del 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.
Ya que es la primera vez que realizamos un proyecto de mejora, solicitamos que revisen la descripción del proyecto y posibilidad de medición de los indicadores.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1090 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II MEDIANTE EL USO DE UNA TABLA PRACTICA DE NUEVOS ANTIDIABETICOS

2. RESPONSABLE ENRIQUE BARRUECO OTERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS PIRINEOS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO. MIR. CS PIRINEOS. URGENCIAS
- MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GONZALEZ GIMENO MARIA CRISTINA. MIR. CS PIRINEOS. URGENCIAS
- BURGASE ESTALLO MARIA IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BERNAD LAMBERT LAURA. MIR. CS PIRINEOS. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a la presencia en el mercado de múltiples opciones terapéuticas para el tratamiento de la DM II, existe un alto grado de complejidad a la hora de identificar fármacos y terapias en dicho campo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar una tabla informativa en colaboración con el servicio de Endocrinología y Nutrición sobre los nuevos fármacos antidiabéticos orales e inyectables con el fin de facilitar al resto de profesionales su uso e identificación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Valorar el conocimiento del personal sanitario del Servicio de Atención Primaria del sector de salud de Barbastro acerca del uso y aplicación de fármacos antidiabéticos orales, buscando detectar los principales errores y dificultades en el manejo de la DM II.
- Realización de una tabla o díptico práctico recogiendo las múltiples opciones terapéuticas con el fin de evitar los errores de medicación y simplificar la labor de los profesionales.
- Se realizarán charlas informativas acerca de la herramienta desarrollada así como resolución de dudas por parte del personal sanitario en conjunto con el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Barbastro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Optimización en el tratamiento de la DM II por parte de los profesionales de Atención Primaria siguiendo las principales guías de Práctica Clínica gracias a una mejor identificación de las opciones terapéuticas disponibles.
- Realización de 5 charlas informativas para explicar el manejo de la misma acompañadas de test de evaluación acerca de la intervención realizada y su aceptación por parte del personal de Atención Primaria. (Evaluar diferencia en las respuestas previas a la charla y posteriores a la misma)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo y Junio de 2019: Realización de la tabla práctica mediante uso de evidencia disponible y maquetación de la misma
Julio y Agosto de 2019: Planificación de la implantación y exposición de la misma en el Sector de Barbastro
Octubre, Noviembre y Diciembre: Realización de charlas informativas (con test de evaluación) e implantación simultánea de la tabla en el sistema de Intranet del Sector de Barbastro disponible para todos los profesionales.
Febrero y Marzo 2020: Evaluación de la aceptabilidad y uso de la misma por parte del personal de Atención Primaria en el desempeño de su práctica habitual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

2. RESPONSABLE LAURA ELFAU GRACIA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUSTO RUIZ ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. FISIOTERAPIA EN AP
· BETRAN COARASA LUCIA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dado el gran número de esguinces de tobillo derivados a la unidad de apoyo de fisioterapia del Centro de Salud Pirineos de Huesca, detectados a través de los médicos y pediatras de AP del sector Huesca urbano, se considera de extrema importancia y utilidad, crear un programa de calidad. Con dicho proyecto de mejora se pretende realizar un tratamiento fisioterápico precoz sobre dicha lesión aguda, minimizando así las consecuencias negativas de una inmovilización prolongada y agilizando el proceso de rehabilitación del paciente hasta su completo reestablecimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proyecto a realizar sobre una población diana comprendida entre el inicio de la edad escolar y los 100 años, que presenten un esguince de tobillo diagnosticado a través del médico o pediatra de AP bien sea grado I o II.

Objetivos a conseguir:

- Exploración fisioterápica inicial del paciente, de forma precoz, tras la derivación por médico o pediatra de AP. Considerando dicha fecha de derivación, como situación valorada favorablemente para iniciar el tratamiento, habiendo descartado fracturas u otras lesiones agudas mediante pruebas de imagen si fuera necesario.
- Reintegración del paciente a sus AVDs y a su vida laboral en un periodo mínimo si no existe ninguna contraindicación al respecto, intentando ajustarse a los tiempos óptimos de procesos de IT establecidos en la web del Reglamento de Sanidad, Bienestar social y Familia del Gobierno de Aragón.
- Dar prioridad a dicha patología sobre la lista de espera ordinaria, considerándola como urgente.
- Realizar un protocolo de tratamiento conjunto entre ambos profesionales del servicio, para evitar variabilidad de dicho tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Previamente a la implantación del programa, se envió una circular explicativa a todos los coordinadores de los centros de AP de Huesca urbano donde se definieron los criterios de derivación de los esguinces de tobillo grado I-II al Servicio de fisioterapia del CS Pirineos. Dicha derivación, queda registrada en el sistema informático y es revisada, ese mismo día, por los 2 fisioterapeutas con el objetivo de asignar cita para primera consulta con la mayor brevedad posible.
- Valoración inicial e inicio del tratamiento en un periodo máximo de 3-5 días tras la derivación.
- Recomendaciones que incluyen reposo relativo y posición declive, baños de contraste, crioterapia y ejercicios circulatorios a realizar por el paciente en el domicilio.
- Inicio precoz de un programa de ejercicios en tres fases: circulatorios, tonificantes y propioceptivos.
- Inicio precoz del tratamiento fisioterápico pautado según las necesidades del paciente que puede incluir: terapia manual, ultrasonidos, crioterapia, electroterapia analgésica tipo TENS y kinesiotaping.
- Modificar la inmovilización convencional por un vendaje neuromuscular funcional, que permite un apoyo precoz, posibilidad de calzado habitual y comodidad en el aseo personal ya que el vendaje se puede mojar.
- Reeduación de la marcha precoz con retirada progresiva de apoyos.
- Elaboración de una hoja estadística que permita conocer el grado de beneficio alcanzado tras la intervención, con objeto de realizar un estudio retrospectivo para la evaluación y seguimiento del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se establecerá hoja estadística que permita obtener los siguientes indicadores:

- Exploración inicial del paciente y tratamiento:

--% pacientes atendidos antes de 3 días

--% pacientes atendidos entre 3 y 5 días

--% pacientes atendidos después de 5 días

- Tiempo de incapacidad temporal (IT) hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación:

--% de pacientes que reciben el alta antes del tiempo estándar

--% de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar

--% de pacientes que reciben el alta después del tiempo estándar

-Días hasta la incorporación del paciente a sus AVDs

-Evaluación del dolor con la Escala numérica en la exploración inicial y al final del tratamiento:

--% de pacientes en los que ha disminuido 3 o más puntos el dolor

--% de pacientes en los que ha disminuido 2-3 puntos el dolor

--% de pacientes en los que ha disminuido 2 o menos puntos el dolor

- Adquisición de una marcha eficiente sin ayudas técnicas al final del tratamiento:

-- Variable dicotómica: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

- Previamente a la implantación del proyecto, se envió circular informativa a los coordinadores (EAP)
- Fecha prevista de inicio: 1 de mayo de 2019
- Duración del proyecto: año 2019
- Monitorización, análisis de datos y propuestas de mejora: diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Facilitación al servicio de fisioterapia de vendaje neuromuscular o kinesiotaping, ya que, actualmente, este material lo tiene que comprar el propio paciente y es imprescindible para el tratamiento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0004 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE ALIMENTACION SALUDABLE E HIGIENE BUCODENTAL

2. RESPONSABLE YOLANDA RIVERO GRACIA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIDALGO OLIVARES GONZALO. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· IZQUIERDO MARTINEZ CLARA ISABEL. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS JACA. SALUD BUCODENTAL
· OTO CONDON NOEMI. HIGIENISTA DENTAL. CS SABIÑANIGO. SALUD BUCODENTAL
· SASO BOSQUE MARIA JOSE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· RETORTILLO MUÑOZ MARIA. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes del programa de atención infanto juvenil (PABIJ) en ocasiones no son conscientes de los fallos a nivel alimentario y de higiene dental a pesar de que en las consultas se les explica brevemente, lo que ocasiona la persistencia en la patología periodontal y de caries.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Hacer llegar de forma más efectiva y práctica los conocimientos alimentarios y de higiene dental a los pacientes tras agotar los recursos empleados en la consulta de demanda.

La población diana son los pacientes del programa PABIJ que presentan acúmulo de placa a pesar de haberles dado consejos de higiene y dieta en la consulta de demanda.

La intervención consiste en darles un taller de higiene en grupos reducidos y a ser posible por edades similares, en el que posteriormente pasarán a cepillar delante de los profesionales tras la utilización de un revelador de placa bacteriana.

También tendrán que clasificar los alimentos según su riesgo cariogénico y se les informará de la cantidad de sacarosa (u otros azúcares cariogénicos) oculta en los alimentos preparados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Describiremos de forma relajada la técnica de higiene más adecuada, aplicaremos revelador de placa bacteriana, pasaremos al aseo a cepillar aplicando los conocimientos explicados y posteriormente entregaremos alimentos (simbólicos en la mayoría de las ocasiones) para que los clasifiquen como de alto o bajo riesgo de enfermedad bucodental. Esto mismo también lo harán en un tablero en el que tras la imagen del alimento figura la respuesta en la que además se indica el equivalente de cucharadas de azúcar que contiene.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de asistentes a los talleres y la presencia de gingivitis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los talleres se han iniciado en diciembre de 2018 y finalizarán en 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cepillos dentales, revelador de placa bacteriana, material didáctico: fantomas, cepillos, comida (simbólica o no), manteles individuales, servilletas, vasos desechables, pasta dentífrica, hojas informativas.

10. OBSERVACIONES.

No tengo claro cuándo debe de concluir el programa.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. acúmulo de placa bacteriana en dientes y encías
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

2. RESPONSABLE YOLANDA RIVERO GRACIA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIDALGO OLIVARES GONZALO. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· RETORTILLO MUÑOZ MARIA. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· SASO BOSQUE MARIA JOSE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· IZQUIERDO MARTINEZ CLARA ISABEL. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes del programa de atención infanto juvenil (PABIJ) no son conscientes de los fallos a nivel alimentario y de higiene dental a pesar de que en las consultas y en los colegios se les explica brevemente, lo que ocasiona la persistencia de patología periodontal y de caries.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Hacer llegar de forma más efectiva y práctica los conocimientos alimentarios y de higiene dental a los pacientes tras agotar los recursos empleados en la consulta de demanda y las posibles visitas escolares. La población diana son los pacientes del programa PABIJ que presentan acumulo de placa bacteriana a pesar de haberles dado consejos de higiene y dieta, mejorar los hábitos saludables tanto de higiene como de alimentación, complementar la consulta individual en consulta grupal y coordinar con los recursos educativos de la zona intersectorial comunitaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La intervención consiste en darles un taller en grupos reducidos a ser posible de edades similares y posteriormente pasarán a cepillarse delante de los profesionales tras la utilización de un revelador de placa bacteriana. También tendrán que clasificar los alimentos según su riesgo cariogénico. Se les informará de la cantidad de azúcar oculta en los alimentos. La actividad se realiza una o dos sesiones semanales, con una duración de 30 min. cada una. La realizarán dos higienistas dentales supervisadas por alguno de los odontólogos del servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de asistentes, indicadores de caries en piezas permanentes y definitivas, presencia de gingivitis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se han iniciado en diciembre de 2018 y no tiene fecha prevista de finalización por ser mejora para el grupo comunitario infantojuvenil.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material económico fungible habitual en las consultas dentales así como material didáctico.

10. OBSERVACIONES.

Anulamos el proyecto 2019_0004 por deficiencias en su elaboración y lo sustituimos por el presente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. caries y enfermedad periodontal
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EL EMBARAZO

2. RESPONSABLE GONZALO HIDALGO OLIVARES

- Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
- Centro CS PIRINEOS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVERO GRACIA YOLANDA. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
- ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- BLANCO GIMENO VERONICA. MATRONA. CS ALMUDEVAR. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- ARNAL BESCOS MARIA JESUS. MATRONA. CS SARIÑENA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- SESA RUSPIRA PILAR. MATRONA. CS SANTO GRIAL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante los cambios hormonales durante la gestación, a nivel bucodental se describe mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal asociada a una deficiente higiene oral

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la salud e higiene bucodental de las embarazadas atendidas en los centros de salud de Santo Grial, Almuévar, Grañén y Sariñena

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Cuando la matrona atiende a la embarazada le hace saber que se recomienda realizar revisión en la unidad de salud bucodental y le da consejos básicos de alimentación e higiene bucodental. Una vez en la unidad de salud bucodental se les realiza una breve historia clínica, exploración y se realizamos un plan de tratamiento adecuado a sus necesidades, que podría incluir tartrectomía, aplicación tópica de fluoruros y visitas de control, así como refuerzo de las técnicas de higiene y alimentación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de embarazadas derivadas por las matronas, número de embarazadas atendidas en la unidad de salud bucodental y número de embarazadas que requieren tartrectomía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La primera visita dura lo mismo que una visita de demanda. La realiza el odontostomatólogo. En esa visita se realiza el plan de tratamiento. Si precisa tartrectomía se cita con la higienista dental y en esa misma sesión se realiza la fluorización si es posible. El programa se inicia en enero de 2019 y no tiene fecha prevista de finalización.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material económico fungible habitual en las consultas dentales así como material cultural disponible en la sala de espera.

10. OBSERVACIONES.

Se anula el proyecto 2019_0414 y se sustituye por el presente por deficiencias en la elaboración del mismo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL DE LA EMBARAZADA

2. RESPONSABLE GONZALO HIDALGO OLIVARES
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERO GRACIA YOLANDA. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· BLANCO GIMENO VERONICA. MATRONA. CS ALMUDEVAR. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· ARNAL BESCOS MARIA JESUS. MATRONA. CS SARIÑENA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· SESA RUSPIRA PILAR. MATRONA. CS SANTO GRIAL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante los cambios hormonales durante la gestación, a nivel bucodental se describe mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal asociada a una deficiente higiene oral

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la salud e higiene bucodental de las embarazadas atendidas en los centros de salud de nuestro cupo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Cuando la matrona atiende a la embarazada le hace saber que se recomienda realizar revisión en la unidad de salud bucodental y le da consejos básicos de higiene y alimentación saludable.
Una vez en la unidad de salud bucodental se les realiza una breve historia clínica, exploración y realizamos un plan de tratamiento según sus necesidades, que podrían incluir tartrectomía, aplicación tópica de fluoruro y visitas de control.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de embarazadas derivadas por las matronas, número de embarazadas en la unidad de salud bucodental, número de embarazadas que requieren tartrectomías

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el tiempo previsto de duración de programas de calidad asistencial a lo largo de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material que habitualmente se emplea para el programa PABIJ: cubetas de aplicación tópica de fluoruro, geles de fluoruro de sabores variados, aparato y puntas de ultrasonidos, cánulas de aspiración, material de exploración, servilletas, vasos desechables,...

10. OBSERVACIONES.

Se va a realizar de forma simultánea el mismo programa en los centros de salud de Jaca y Sabiñánigo, de acuerdo con las indicaciones dadas desde dirección de A.P.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MELENDO MORENO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GONZALEZ TORRES EDUARDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a la dispersión de la zona sanitaria de Sabiñánigo y alrededores y ello sumado a la climatología adversa que se produce en invierno, se produce una saturación de llamadas para cita previa en los teléfonos de la centralita de Admisión. La mayoría de ellas en un tramo horario determinado lo que se traduce que se pierde una gran parte de las llamadas entrantes. Produciendo una gran insatisfacción entre los usuarios, ya que no es posible contestar a todas las llamadas.

Muchas de esas llamadas son para solicitar que le recuerdes a qué hora tienen su cita de demanda, o bien de programada y especializada porque hace tiempo que la solicitó.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promocionar de forma más directa las nuevas aplicaciones que dispone el SALUD:

-Por un lado, la aplicación de "Salud Informa" para que puedan consultar y solicitar cita previa. El objetivo primordial es que una parte importante de los usuarios se familiaricen con ella y se citen a través de la aplicación.

-La solicitud del PIN para poder acceder a sus citas programadas con especializada, modificar la fecha de la misma o simplemente acceder a cualquier de las otras opciones disponibles que ofrece el sistema. Se pretende reducir con ello las llamadas que sólo solicitan los recordatorios de su cita.

-Y, por último, seguir informando de la posibilidad del envío de "sms" para recordar con pocos días de antelación su próxima cita y así evitar que soliciten citas "urgentes" para renovar la receta electrónica. También influirá sin duda, en reducir las citas perdidas por olvido o descuido y evitar aumentar la lista de espera de las consultas de especializada.

-La DNP nos permite disminuir la lista de espera de los profesionales.

-Todas estas medidas se quieren tomar para liberar lo máximo que se pueda las llamadas al Centro y así poder tener un mayor número de atención telefónica. Sobre todo, poder atender con éxito las llamadas de esas personas que por su avanzada edad es difícil formar en las nuevas tecnologías.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión con el equipo para informar y formar, ya que muchos de ellos conocen de oída algunas de las aplicaciones, pero no han accedido aún a la plataforma.

-Solicitud de carteles al SALUD para colocar en los consultorios y farmacias.

-Reunión con el Consejo de Salud de Sabiñánigo para informar de las aplicaciones y ofrecer la posibilidad de realizar sesiones formativas, según necesidad y acogida, a un colectivo determinado que se pueda concretar en dicha reunión para llegar al mayor número de personas.

-Elaborar folletos informativos, haciéndolos accesibles a la población. Y que quede claro, que cualquier duda al respecto puede dirigirse al Servicio de Admisión para resolverla.

-Aprovechar las gestiones que vienen a realizar los usuarios para informarles de las posibilidades que ofrecen las nuevas aplicaciones, así como a todos aquellos que realicemos una nueva tarjeta sanitaria.

-Creación de un fichero excel de los usuarios que han tramitado la DNP para poder indicar con mayor precisión en el flash de OMI su pertinencia o no a dicho sistema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Solicitar anualmente a BDU el número de trámites que se hayan realizado de "autorizaciones de comunicaciones" y números de "solicitud de PIN" que se han realizado.

Esperando un incremento del 15-20% en cada uno.

-Se consultará los usuarios que se ha dado de alta en la solicitud de DNP a través del fichero Excel creado ad hoc.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración será indefinida, ya que siempre tendremos nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.

Fecha inicio prevista: 01/04/2019

Fecha de finalización del proyecto: indefinido

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una sala que nos pueda ofrecer el Ayuntamiento, según necesidad y programación del curso formativo que tenemos previsto ir realizando conforme necesidad y aceptación de la población.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0987 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLANTACION DE RECEPCION DE MENSAJES SOBRE LA APP WHATSAPP PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN EL CS SABIÑANIGO

2. RESPONSABLE EDUARDO GONZALEZ TORRES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANO SANCHEZ MARGARITA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MELENDO MORENO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido al alto número de llamadas recibidas en el centro de salud de Sabiñanigo y ante la imposibilidad de dar una respuesta adecuada a las mismas, queremos implementar un sistema de recepción de llamadas a través de la app Whatsapp.

El CS de Sabiñanigo atiende a una población fija de más de 9.000 habitantes y una población equivalente correspondiente al turismo invernal y estival de montaña.

Aunque cada vez se producen más reservas de cita vía web es necesario agilizar el proceso para intentar mejorar la experiencia de acceso al Servicio Aragonés de Salud por medios telemáticos aliviando quitar presión al servicio telefónico de voz que está muy saturado y causa insatisfacción a los usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Agilizar la respuesta que anteriormente se hacía telefónica y disminuir el número de intentos fallidos de comunicación con el centro. La población diana es el total de pacientes del centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Se habilitará un número de teléfono exclusivo para recepción de mensajes en la aplicación whatsapp, los mensajes se irán contestando por los administrativos a medida que tengan disponibilidad, flexibilizando el horario. El proyecto se explicará a todo el equipo de Atención Primaria para incentivar el uso entre los usuarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se contabilizarán los mensajes recibidos y atendidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Si el teléfono móvil está operativo, se pondría en marcha en junio de 2019. La duración sería indefinida si es exitoso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Teléfono móvil con conexión a internet.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No procede
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0798 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SABIÑANIGO
- Localidad SABIÑANIGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ AGUSTIN LUISA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- PICKFORD SARAH. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- VICENTE CAMPOMANES ELBA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- GRACIA AZNAREZ MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras detectar numerosos pacientes con riesgos cardiovasculares y/o con antecedentes de haber sufrido alguna patología de este tipo se pretende disminuir estos factores de riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejora de la salud disminuyendo los factores de riesgo cardiovasculares mediante educación para la salud en población de riesgo y enfermos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ejercicio físico supervisado por profesional de la salud (1 hora de ejercicio en el interior y 1 hora en el exterior / 1 vez a la semana) y ejercicio físico sin supervisión aconsejado (1 hora a la semana).
Consultas individuales para valoración del ejercicio y exploración física para recogida de datos.
Consultas grupales para tratar temas comunes relacionados con la patología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

mejora del 20% en el test de los 6 minutos
mejora en el test de la calidad de vida percibida
mejora del test del esfuerzo físico percibido

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala para realización de ejercicio
Consulta con ordenador

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE DELIBERACION EN BIOETICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PASTOR CEBOLLERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SABIÑANIGO
- Localidad SABIÑANIGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELLOSTA LORES LETICIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- GARCIA MOYANO LORETO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CONSULTAS EXTERNAS
- LORES CASANOVA SOLEDAD. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ MAÑAS JARA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- FIGUEROLA NOVELL JANINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el Comité de Ética del Sector Huesca hemos detectado la necesidad de que los profesionales sanitarios sepan y se impliquen más en la Bioética así como que conozcan la metodología de trabajo que seguimos en nuestro Comité para intentar dar soluciones a los problemas propuestos y así consigamos más participación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo principal es difundir entre los profesionales sanitarios aspectos básicos sobre bioética y dar a conocer la existencia del método deliberativo con el que trabajan los Comités de Ética Asistencias de Aragón

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Impartir talleres durante las Jornadas de Investigación del hospital San Jorge de Huesca

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cuestionario de opinión del participante a los talleres. La herramienta ha sido elaborada por el observatorio para la Calidad de la formación en Salud para evaluar la aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa.
Número de profesionales que se apuntan a los talleres

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Dos talleres de dos horas cada uno el día 21 de Marzo de 2019, en las Jornadas Científicas del Hospital San Jorge

9. RECURSOS NECESARIOS.

disponer de salas para los diversos talleres

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Bioética
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA SALUD VISITA LA ESCUELA

2. RESPONSABLE BLANCA GOMEZ TAFALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OTO CONDON NOEMI. HIGIENISTA DENTAL. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· GIL FERRER VIRGINIA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· RIO ABARCA TERESA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DETECCIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y DEL CENTRO SANITARIO DE REFERENCIA DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEFICITARIOS (HIGIENE, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PRIMEROS AUXILIOS) EN LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
CONCIENCIAR A LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL DE LA IMPORTANCIA DE RESPONSABILIZARSE DEL CUIDADO DE SU SALUD Y DE LA DE OTROS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE PROGRAMAN ENCUENTROS EN LA ESCUELA UNA CADA TRIMESTRE, TOTAL 3 EN EL CURSO ESCOLAR.
1-HIGIENE BUCO DENTAL Y DE MANOS (toalla y jabón de manos y cepillo de dientes)
2-ALIMENTACIÓN (semaforo de alimentos, revisión de menú diario del comedor...)
3-RCP BÁSICA (un muñeco grande)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ENCUESTA INICIO/FINAL ENCUENTRO.
ENCUESTA NIÑOS SIN FORMACIÓN/CON FORMACIÓN ANUAL.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
REALIZAR ENCUENTROS DURANTE 2 CURSOS ESCOLARES, UNA VEZ EN EL TRIMESTRE. LOS PROFESORES REFORZARÁN LOS CONCEPTOS DURANTE DICHO TRIMESTRE.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN SANITARIA
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0800 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO (CONTINUACION)

2. RESPONSABLE LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL FERRER VIRGINIA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GOMEZ TAFALLA BLANCA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ AGUSTIN LUISA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PICKFORD SARAH. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VICENTE CAMPOMANES ELBA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de los principales problemas de salud que presentan nuestros pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
fomentar la alimentación saludable en pacientes con sobrepeso/obesidad
conseguir una pérdida de peso al menos el 5% a los 9 meses del inicio de proyecto

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se formará un grupo de "x" personas que quieran participar por voluntad propia o consejo sanitario, dirigido a mejorar sus conocimientos sobre alimentación y pérdida de peso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Peso antes y a los 9 meses: pérdida de al menos 5%
Encuesta de conocimientos pre y post intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

2. RESPONSABLE PILAR BUIL CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CARCAVILL JUANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· PICONTO NOVALES MARIA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ADOLFO LANAÑO MARTIN. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· SENAC BARDAJÍ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· BOTAYA ESTAUN ANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· VENTURA MUÑOZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad.

Una de las complicaciones más graves y que más invalidez puede generar es la enfermedad relacionada con el pie diabético.

Nuestro fin es visibilizar los pies de los pacientes. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Continuidad del proyecto ya iniciado hace dos años, trabajo de educación en pacientes diabéticos, así como acompañantes y/o familiares. Reforzar los conocimientos adquiridos, mejora de habilidades manipulativas. Adoptar estilos de vida saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Grupo motor organizativo, selección de pacientes, se trabaja en pequeños grupos cada preparación de sesión. Varias reuniones al año, se reparte material previamente elaborado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesiones con pacientes. Realizar varias sesiones repartidas a lo largo del año.
Reunión del grupo de trabajo tras finalizar las sesiones con los pacientes para reevaluar el trabajo realizado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de exploración, material de entrega

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHISPANDO A LA VIDA

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SANTO GRIAL
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- USIETO GRACIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- DOSTE LARRULL DIVINA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- MATEO FERRANDO ANA MARIA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- GRACIA ASCASO IRENE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- LATRE OTAL VANESSA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la realización del proyecto acercándonos a la escuela que se ha realizado estos últimos años se ha visto la importancia de implicar a los colegios en educación sanitaria.
La parada cardiorespiratoria es un problema de salud pública que implica a todos los colectivos. El reconocimiento de la misma y saber actuar es fundamental para la supervivencia. Por lo que se hace imprescindible la educación sanitaria.
La enseñanza en edades tempranas es fundamental para la absorción de conocimientos, ya que es la etapa con mayor capacidad de motivación y aprendizaje, permitiendo modificar los hábitos de conducta y permite un acceso fácil a la población.
Así mismo la enseñanza a profesores sirve para asentar las bases del aprendizaje de la RCP básica en los colegios, la cual no es está regulada.
Según la normativa actual los colegios deberán contar con un desfibrilador semiautomático, por lo que el aprendizaje en RCP y manejo de DESA es necesario.
Desde el colegio Pedro J. Rubio nos han trasladado una demanda específica de formación sobre temas de RCP para niños y profesores por lo que se va a comenzar este proyecto de enseñanza de RCP con los alumnos de 6º curso y con el profesorado de este colegio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implicar a la población en los procesos asistenciales desde edades tempranas.
Mejorar la calidad asistencial en RCP, consiguiendo actuaciones correctas desde el principio.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar la actividad a otros centros educativos de la zona de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar y al profesorado
Coordinación con la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realización de un taller con alumnos y otro con profesores
Realizar un test de valoración de conocimientos previos y otro posterior a la formación, para valorar objetivamente la utilidad del taller.
Pasar encuestas de satisfacción tras los talleres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº preguntas acertadas en test posterior al taller >60%
Aumento de acierto de preguntas test posterior a taller en relación a test anterior al taller >20%
Valoración como atención adecuada/Total atenciones: 70%
Nº asistentes del alumnado 6º curso/Total alumnos 6º curso>80%
Nº asistentes profesorado/Total profesorado >50%
Valoración encuestas de satisfacción: puntuación >7/10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Designación equipo de trabajo Febrero 2019
Coordinación con dirección del centro Febrero 2018
Preparación del temario: Marzo a Mayo 2019
Realización de talleres con alumnos y profesorado: Mayo 2019
Evaluación y análisis de los resultados: Junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material necesario para realización de RCP
Medios audiovisuales

Proyecto: 2019_0627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHISPANDO A LA VIDA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actuación en situaciones urgentes: RCP
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADEMENTE SALUDABLES

2. RESPONSABLE ADOLFO LANA O MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBOLLERO BUISAN LARA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ESCARIO PEREZ JUDITH. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· HEREDIA OLMOS MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Siguiendo los principios de una Escuela Promotora de Salud el centro asume en su proyecto educativo los siguientes criterios:

Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.

Fomentar lazos sólidos entre el centro y la comunidad.

Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación secundaria para desarrollar programas coherentes en educación para la salud.

Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.

Las necesidades han surgido sincrónicamente desde el IES Ramón y Cajal de Huesca, adscrito a la Red de Escuelas Promotoras de Salud y desde los centros de salud Santo Grial y Pirineos de Huesca.

La pertinencia de este proyecto radica en que todos los agentes (el IES y los dos Centros de Salud) creemos necesario capacitar a los adolescentes de nuestra zona de salud para que tengan habilidades, estrategias y recursos para la promoción de su salud y consigan un modo de vida sano teniendo la consciencia de construir un entorno saludable en el presente y en el futuro.

Siguiendo con la pertinencia, creemos que la primera acción es conocer cuáles son las necesidades que el propio alumnado detecta y demanda de nosotros para mejorar sus estrategias de afrontamiento en la promoción de su salud.

Por ello pensamos, que si queremos que sean proactivos en el cuidado y mejora de su salud la mejor forma de ayudarles es partiendo de sus demandas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general: Empoderar al alumnado del IES Ramón y Cajal de Huesca en materia de promoción de la salud, teniendo en cuenta sus demandas a nivel grupal.

Objetivo específico:

Detectar las principales necesidades sentidas en salud por parte del alumnado mediante una reunión con los delegados o principales representantes de cada vía escolar.

Facilitar la colaboración y coordinación de los profesionales de educación con los profesionales sanitarios en materia de promoción de la salud mediante distintos canales de comunicación.

Preparar una sesión de educación para la salud de forma coordinada entre los profesionales sanitarios del proyecto, respondiendo a las necesidades detectadas en el alumnado.

Impartir una sesión de educación para la salud según la organización propuesta por el IES donde se trabajen las necesidades de salud sentidas por el alumnado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se propone una reunión para puesta en común entre profesionales sanitarios y profesionales del centro docente, donde se exponen las diferentes visiones y se elabora una línea de acción común.

Reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas, a realizar en el Centro de Salud Pirineos.

Reuniones entre profesionales de ambos Centros de Salud para coordinar y organizar la elaboración y exposición de la sesión de educación para la salud que se impartirá en el centro educativo.

Impartir la sesión de educación para la salud elaborada para dar respuesta a las necesidades percibidas por el alumnado diana.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.

Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.

Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.

Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.

Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.

Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.

Proyecto: 2019_1272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Existe un formulario de evaluación final para alumnos.
Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La temporalización será desde febrero hasta junio de 2019.
Reunión de toma de contacto entre profesionales sanitarios y docentes mes de febrero.
Reunión de profesionales sanitarios y de educación con el alumnado mes de abril.
Preparación de sesión de EPS por parte de los profesionales sanitarios durante abril y mayo.
Presentación de sesión de educación para la salud mes de mayo-junio.
Análisis de la evaluación de resultados y proceso una vez finalizado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales
Salas de reunión en centro de salud y en el IES.
Medios audiovisuales y tecnológicos, en función de la sesión que se diseñe podrán variar, PC, proyector, impresora...
Herramientas de comunicación entre profesionales, correo web, teléfonos...
Material fungible: folios y bolígrafos.
Recursos humanos
Profesionales sanitarios, al menos ocho.
Profesionales de educación, contacto con algún representante: jefe de estudios, orientador, etc.

10. OBSERVACIONES.

Les envío nuevamente el formulario puesto que la vez anterior sobrepasé los 5000 caracteres, ahora ya he subsanado ese problema, muchas gracias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación Para la Salud. Actividades preventivas.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0149 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

2. RESPONSABLE ANGEL LUIS ARRIVIVITA AMO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· LANAO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· CEBOLLERO BUISAN LARA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· PICONTO NOVALES MARIA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ASCASO IRENE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· BOTAYA ESTAUN ANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el estudio PSISOSUR, llevado a cabo en la provincia de Huesca (2014-15) desde la Unidad de Investigación y Docencia con el fin de conocer los problemas sociales y las reacciones psicológicas en torno a las urgencias-emergencias sanitarias, se constató que las personas solas representaron el 10%, el 2º grupo de la muestra detrás de los que viven con algún familiar.

A su vez, los profesionales del equipo de Atención Primaria del centro de salud Santo Grial de Huesca son conocedores de casos de personas que han fallecido solas en su casa y que, al parecer, no disponían de apoyos sociales.

A pesar de ello, aunque la ciudad de Huesca -incluso la provincia o la comunidad autónoma de Aragón- no alcanza los niveles de preocupación de grandes ciudades españolas y de otros países económicamente desarrollados, donde lo expuesto forma parte de la realidad cotidiana de dispositivos de atención urgente, desde el centro de salud se observa que, paulatinamente y desde hace tiempo, hay más demandas de personas que viven solas, y que no solamente se trata de personas mayores.

Por tanto, este proyecto permitiría empezar a trabajar, sobre todo desde la prevención, una realidad social inevitable conociendo el perfil personal y geográfico de la persona sola y su evolución para, así, responder mejor desde el centro de salud y otros dispositivos sanitarios y sociales -sobre todo de urgencia- tanto en el presente como a medio-largo plazo.

Por tanto, las líneas de trabajo que se proponen en este proyecto son, principalmente: Detección-captación, investigación, coordinación y seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general: Detección de la posible vulnerabilidad física, psíquica y social de las personas que viven solas.

Objetivos específicos:

- Elaborar el perfil y mapa de la persona sola en la zona de salud Santo Grial de Huesca, a partir de una base registral.

- Detectar-identificar-captar personas que viven solas en situación de riesgo social sanitario*, de accidente doméstico (caída, incendio, etc.) y otros sucesos (desaparición, robo, etc.) susceptibles de generar atención sanitaria urgente, con el fin de evitar o reducir su probabilidad.

- Contribuir a evitar muertes indeseadas (suicidios y homicidios, principalmente).

- Facilitar procesos de atención sanitaria (física, psíquica y social) en sus diferentes niveles (Urgencias, Primaria y Especializada) y con otros sistemas y servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de una base registral.

- Detección-captación de personas solas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se realizará una base registral de personas solas.

- Se realizará un procedimiento de captación-detección activa de personas que viven solas y su inclusión en dicha base registral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño de base registral: abril-mayo 2019.

Proyecto: 2019_0149 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA

- Captación de personas solas: junio-noviembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Colaboración del servicio de Informática.
- Colaboración de todo el equipo del Centro de Salud Santo Grial.
- Manejo estadístico de resultados.

10. OBSERVACIONES.

Es una primera fase de detección para posteriormente elaborar un proyecto de intervención comunitaria

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Detección de situación de persona que vive sola, con o sin patología asociada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

2. RESPONSABLE YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PRIETO BONSON ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ TORRES ANA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BORNAO CASAS SARA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· FELIPE VILLA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE OTO ANA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La satisfacción encontrada en el desarrollo profesional con la mejora de los indicadores y el establecimiento de las actividades para alcanzar objetivos organizativos del centro, nos lleva a continuar con este proyecto de calidad incorporando nuevos indicadores a mejorar a los ya establecidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Alcanzar una tasa de registro del Polimedicado de: 25%.
Alcanzar una tasa de registro de los síntomas de EPOC de: 60%.
Alcanzar una tasa de registro de limpieza de vías aéreas en el EPOC de: 60%.
Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%
Alcanzar una tasa de registro de Pie diabético de: 60%
Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Mantener el grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de: Paciente polimedicado.
Seguimiento de los síntomas en el paciente con EPOC.
Proceso enfermero de limpieza de las vías aéreas en pacientes con EPOC.

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueal (DUE)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería (%).
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).
Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019:

20 de marzo: Sesión clínica "Registro del paciente polimedicado en OMI"
27 de marzo: Sesión clínica: " Paciente EPOC"

Abril 2019:

10 de abril: Sesión clínica: "Manejo de inhaladores".

Junio 2019:

Corte de indicadores.

Diciembre 2019:

Evaluación de los indicadores

Proyecto: 2019_0152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POLIMEDICADOS Y PACIENTES EPOC
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

2. RESPONSABLE SARA BORNAO CASAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NICAS FIANCES CARMEN. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CORTES MELERO DOLORES. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BROTO CARTAGENA ASCENSION. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GRASA ARNAL ANA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· PARALED CAMPOS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la salud de las personas, y para la prevención de numerosas enfermedades crónicas y condiciones de riesgo y mejora el curso de algunas de ellas"
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales y reforzar su mantenimiento a aquellos que las cumplen, así como reducir el sedentarismo.
Dar a conocer a la población la importancia que tiene la actividad física sobre el proceso salud-enfermedad.
Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión clínica para recordar al EAP los criterios de inclusión en el proyecto y forma de derivación al mismo
Elaborar la información para transmitir a los medios de comunicación locales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones realizadas/Nº de sesiones convocadas
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/Nº de usuarios incluidos en el proyecto
Encuesta de satisfacción tras 6 meses de participación
Nº de medios de comunicación por donde se ha difundido la actividad/Nº de medios de comunicación a los que le ha dirigido la información

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La actividad se realiza todos los viernes del año excepto periodos festivos
Marzo del 19 sesión clínica con el EAP
Abril 19 elaboración de información para los medios de comunicación locales
Mayo 19 envío de información a dichos medios
Septiembre 19 pasar encuesta de satisfacción
Diciembre 19 evaluación de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades preventivas y promoción de salud
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL CIRCUITO DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOESQUELETICA

2. RESPONSABLE ISABEL CAMPO REVILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRASA ARNAL ANA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BROTO CARTAGENA ASCENSION. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CORTES MELERO DOLORES. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PARALED CAMPOS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las patologías osteomusculares crónicas no quirúrgicas, no inflamatorias y degenerativas producen un impacto en el consumo de recursos y actividades sanitarias muy alto. Un tercio de las consultas en Atención Primaria son por problemas osteomusculares.

El CS Sariñena es un centro rural del Sector I de Huesca, situado a 50 Km del hospital de referencia, hospital S. Jorge.

Desde las consultas de Atención Primaria hemos percibido una descoordinación de las derivaciones de patología osteomuscular aguda, crónica y no inflamatoria lo que repercute en:

Mayor tiempo de baja del paciente con sus consecuencias laborales y económicas

Mayor consumo de analgésicos y antiinflamatorios

Duplicidades en derivaciones de consultas a traumatología y rehabilitación por el elevado número de listas de espera

En abril de 2018, se elabora en el CS un Protocolo de derivación a pacientes al servicio de FST. La evaluación del mismo, se realiza en noviembre de 2018, reflejando el tratamiento de 204 personas con patología de columna vertebral, derivados según los criterios establecidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocimiento de los tiempos de baja de una persona con patología lumbociática

Conocimiento de los circuitos hasta llegar a un diagnóstico certero

Conocimiento del consumo de fármacos analgésicos y antiinflamatorios por este tipo de pacientes

Análisis de los resultados obtenidos respecto a estudios vigentes

Proyecto dirigido hacia la elaboración de un protocolo que implique a especialistas de patología osteomuscular

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión de protocolos de derivación y tratamiento a pacientes con patología osteoesquelética

Estudio de circuito de pacientes con lumbociática del CS Sariñena en los últimos tres años:

- Tiempos de baja por paciente.

- Pruebas diagnósticas

- Derivaciones a trauma, rehabilitación y fisioterapia

- Tipos de fármacos utilizados

- Uso de mórfficos

- Diagnóstico final del paciente

Presentar resultados del estudio a GAP y plantear los recursos necesarios para la mejora de atención y tiempo usado en estas patologías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tiempo de baja de los pacientes con patología lumbociática de la ZBS de Sariñena

Tiempo de demora en las consultas de especialista

nº de derivaciones a especialistas

nº pacientes tratados con mórfficos diagnosticados de lumbociática

nº pacientes diagnosticados de lumbociática

Tiempo transcurrido hasta el diagnóstico final

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Caleendario:

Febrero 19:

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL CIRCUITO DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOESQUELETICA

-Presentar el proyecto al EAP del Centro de Salud.
Responsable: Maribel Campo

- Diseñar el estudio
Responsable: Maribel Campo

- Extracción de datos previa petición de consentimiento a GAP y al servicio de informática
Responsable: Maribel Campo

Marzo- abril 19:

- Tratamiento de datos

Mayo 19:

-Análisis de datos

-Estudio de protocolos que se adecuen a los datos extraídos

Septiembre 19:

Comunicación de resultados a GAP y propuesta de protocolo con nuevos recursos

9. RECURSOS NECESARIOS.

LISTADO DE PACIENTES CON LUMBOCIATICA PROPORCIONADA POR EL SERVICIO DE INFORMATICA

10. OBSERVACIONES.

Proyecto dirigido hacia la elaboración de un protocolo que implique a especialistas de patología osteomuscular

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0971 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

TERAPIA DE REMINISCENCIA PARA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DE CRP

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· SALINERO SANTOLARIA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· GARCIA PARDOS ANA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Terapia de Reminiscencia (TR) es una de las diferentes intervenciones psicológicas en personas con trastorno mental grave y con deterioro cognitivo que presenta un mayor potencial terapéutico. Como intervención psicológica, la reminiscencia consiste en, estimular la recuperación de acontecimientos de vida significativos a partir de un estilo de reminiscencia de integración e instrumental y se define como el "proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se trae a la conciencia las experiencias pasadas".

La reminiscencia consiste en una manera de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad (Peña, 1.: 1999). Va más allá de la revisión de vida con referencia a objetivos y técnicas, haciendo uso de la estimulación, la socialización y el entretenimiento. Recordar es una actividad psíquica universal, presente en todas las edades pero necesaria y específica en el envejecimiento y en la vejez. Podemos afirmar que es saludable porque favorece la integración del pasado al presente, le da continuidad, reforzando así la identidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Está destinado a pacientes de la ULE. El grupo se compondrá, idealmente, de 8-12 miembros, seleccionando preferentemente a aquellos de mayor edad y con un periodo de estancia más prolongado.

OBJETIVOS GENERALES

Favorecer la integridad pasado-presente (historia de vida).
Reforzar la identidad de la persona.
Aumentar la autoestima y mejorar estado anímico.
Facilitar la comunicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Estimular cognitivamente al usuario de la ULE, trabajando las diferentes capacidades cognitivas: memoria, atención, orientación, praxias, etc
- 2) Mejorar el Funcionamiento social
- 3) Reducir las conductas problemáticas y deambulaciones erráticas
- 4) Mejorar la Satisfacción y bienestar.
- 5) Reducir la desorientación
- 6) Reducir la sintomatología depresiva
- 7) Estimular el Lenguaje y la interacción social
- 8) Trabajar las capacidades funcionales con la adaptación a las actividades del día a día
- 9) Aumentar el grado de participación de los usuarios en la vida y actividades de la ULE, dando un paso más para convertir a las personas en el eje central de la organización de la unidad
- 10) Mayor implicación de las familias en las actividades del centro y mas interacción con sus familiares
- 12) Incrementar la motivación y entusiasmo del equipo profesional, incluyendo a todo el personal sanitario y no sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se presentará al equipo de la ULE el proyecto para que todos puedan presentar aportaciones en el proceso de confección del programa.

Se establecerán 4 reuniones, de 1h. Se definirán la metodología de trabajo y los contenidos de las sesiones. Se intentará realizar, al menos, fichas de 20 sesiones. En éstas reuniones se utilizarán técnicas como "tormenta de ideas" para favorecer el proceso creativo.

Una vez elaborado el programa se procederá a la selección de participantes. La selección se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

Motivación para participar
Capacidad de comprensión y aprovechamiento de la actividad
Edad

Tiempo de estancia

Se establecerá una quinta reunión después de las 3 primeras sesiones del programa para reevaluar la actividad y hacer las modificaciones oportunas.

Sexta reunión después de las ocho primeras sesiones para volver a realizar evaluación intermedia.

Séptima reunión y sucesivas antes de la 20 sesión para actualizar el contenido de las sesiones y realizar nuevas.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0971 (Contrato Programa)**

TERAPIA DE REMINISCENCIA PARA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DE CRP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número Objetivo - Criterio Estándar Indicadores

1. Elaborar " Manual de terapia de reminiscencia" Un manual elaborado Sí/No
2. Realizar sesiones de TR durante 2019. Realizar al menos 20 sesiones
3. Favorecer la evaluación continua de las sesiones 90%

Número de sesiones que se completa la "Hoja de evaluación de la actividad" x 100
% = -----
Número de sesiones realizadas de TR

4. Estimular que los participantes compartan recuerdos con el grupo 90%

Número de participantes que comparten recuerdos al menos una vez x100
% = -----
Número de participantes

5. Que los participantes estén satisfechos con la actividad 60%

Número de participantes que desean continuar al año siguiente x 100
% = -----
Número de participantes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración inicial prevista es de 1 año. Las cuatro reuniones previstas para el diseño del programa se harán durante los meses de marzo y abril de 2019. A finales de abril y comienzo de mayo se seleccionará a los usuarios que participarán en la actividad. Una vez hecho esto se les informará de la actividad y se les motivará para su participación. La actividad dará comienzo en mayo de 2019. Se evaluará la asistencia diaria a la actividad y la satisfacción con la actividad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: Terapeuta y coterapeuta. Según número final de participantes podrían ser necesarios dos coterapeutas.

Material no fungible: Ordenador y proyector, Sala de terapia ocupacional, karaoke gimnasio, equipo de música, cassetes, CDs, DVDs, fotografías, pabellón CRP, pista deportiva, mesa, sillas, fotocopiadora.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0511 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión TCAE
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAÑO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CS SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· BERNAD BETORED GLORIA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· MATA TORNIL ELENA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· LOSCERTALES BERNAD LAURA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE/PSICOGERIATRIA
· MUR ARDANUY NATIVIDAD. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con motivo de la puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros (ULE y Psicogeriatría) y viendo la repercusión positiva que han tenido en sus vidas y trabajando con ellos desde la óptica de la recuperación; se ha puesto en valor el conocimiento de las necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG; lo que supone un punto de partida para avanzar en el cuidado de la higiene y salud mental.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL

Soporte a unas acciones educativas, desde la recuperación encaminadas para mejorar la vida, salud, autonomía, respeto y dignidad de la persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar el autocuidado
- Educación para la salud: Aprender a alimentarnos de manera saludable
- Fomentar cambios de aptitud y hábitos
- Disminución de comportamientos de riesgo: tabaco, alcohol, dieta inadecuada.
- Favorecer el desarrollo humano individual y colectivo.
- Trabajar las habilidades sociales e instrumentales
- Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

METODOLOGÍA

En éste modelo de proyecto educativo contamos con la información y contenidos para la adquisición de los hábitos y conductas saludables donde se pondrán de manifiesto en la programación.

Tanto en los talleres como actividades es prioritaria la participación del usuario para que vaya adquiriendo los conocimientos por sí mismo.

Estrategias de intervención:

- Educación y aprendizaje en la higiene y salud.
- Hábitos saludables a través de la alimentación.
- Educación en la gestión de residuos.

Estructuración de las actividades:

- Educativa: Talleres prácticos - charlas - tertulias- puestas en común y dinámicas grupales.
- Social/comunitario : Convivencias, salidas, trabajo en grupo, cine, ocio dirigido, etc.
- Actividades temáticas: Carnaval, San Lorenzo, Halloween, navidad, mercados y fiestas
- El alimento del mes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
- 2- Grado de adherencia y cumplimiento
- 3- Memoria del programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El programa tiene una temporalidad de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019. Descanso meses de Julio y Agosto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS HUMANOS:

- 1- TCAE . Grado Dirección cocina
- 2- DUE
- 3- TCAE

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0511 (Contrato Programa)**

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

RECURSOS MATERIALES:

- 4- Material de oficina (folios, bolígrafos, rotuladores, pinturas, lápices, etc.)
- 5- Material didáctico, fichas, libros, CD, fotocopias, etc.
- 6- Material para reciclaje, cajas, cartones, vidrios, telas, hilos, etc.
- 7- Ordenador, impresora y cañón para proyectar.
- 8- Suministrar los alimentos necesarios para realizar "el alimento del mes".

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0582 (Contrato Programa)

AMBIENTE TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUIAS DE FUNCIONAMIENTO

2. RESPONSABLE MARTA ELBOJ SASO
- Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
 - Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
 - GRACIA BERCEO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
 - LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
 - CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
 - VAL LOPEZ ROSARIO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

Esta línea de trabajo es la que desde hace más de un año se apuesta en el CRP Santo Cristo de los Milagros. Los espacios hospitalarios deben preservar la dignidad de las personas y asegurar la seguridad de las personas. Se pretende crear espacios saludables y amables, libres de cualquier tipo de violencia, siendo siempre fieles al principio de la recuperación.

Se podría decir que un medio terapéutico es aquel que permite a las personas gozar de un entorno saludable, seguro, privado, digno, apropiado y con autonomía sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad.

Una línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares y gestores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GERENAL

Continuar revisando el ambiente terapéutico del CRP y elaborar las guías de funcionamiento de las unidades y proponer mejoras en otros dispositivos de Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
2. Favorecer el desarrollo de espacios saludables
3. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
4. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP.

Incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades, trabajadores como agentes de cambio

Propuesta de mejora y coordinación para otros dispositivos de la red de salud mental

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno.

Iniciar las mejoras a nivel local, en cada unidad o dispositivo: para promover los cambios pertinentes.

Actualización de las guías de funcionamiento de CRP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados

ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0582 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUIAS DE FUNCIONAMIENTO

Plan de necesidades para llevar a cabo las intervenciones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1116 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE ISABEL MATEO VALLS
• Profesión MEDICO/A
• Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• PLANO VIDOSA PILAR. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• JAIME ALLUE REYES. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• MATA TORNIL ELENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• BUIL LORIENTE TERESA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
• ASPIROZ GUILLEN EMMA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las personas con trastorno mental grave sufren trastornos psiquiátricos que conllevan la presencia de pérdida de interés y motivación, dificultades en la interacción con otros, enlentecimiento del pensamiento, falta de fluidez verbal, aislamiento social y dificultades para expresar sus emociones.

Como parte del proceso de rehabilitación psicosocial la creación, elaboración y posterior difusión de una revista pretende potenciar y desarrollar esta pérdida de destrezas y habilidades mencionadas y favorecer asimismo la interacción, integración y participación social y la comunicación (áreas que también están afectadas en esta población) intentando realizar de esta manera una actividad gratificante para ellos y que les pueda resultar motivadora.

En la actualidad, la informática tiene gran importancia, y con esta actividad se les permitirá también el acceso y aprendizaje de los programas básicos de informática, para poder transcribir la información en soporte informático que les permitirá a su vez mayor integración social y en la comunidad.

La evidencia demuestra la eficacia terapéutica de trabajar en grupo, dando así oportunidades a la socialización, además con este proyecto todos los componentes del grupo van a tener un objetivo común, como es crear una revista.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal conseguir crear una revista y su posterior difusión, aumentando así la autoestima y satisfacción de poder crear un medio en el que puedan expresar y comunicar (conocimientos, vivencias, sugerencias, opiniones...).

Objetivos específicos que se esperan lograr:

- Conseguir adherencia a la actividad.
- Motivar por retomar una actividad que se realizaba hace años.
- Estimular las capacidades cognitivas de atención/concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal.
- Potenciar la participación en grupo y las relaciones sociales
- Mantener y/o mejorar la capacidad de expresión tanto escrita como oral.
- Fomentar el trabajo en equipo para elaborar secciones de la revista de forma común, para elegir título, portada y dar formato a la revista.
- Potenciar y/o enseñar la capacidad para escribir en el ordenador.
- Divulgación en la comunidad /CRP
- Dar visibilidad en otros aspectos

Población diana; usuarios ingresados en la unidad de larga estancia y psicogeriatría del CRP Santo Cristo de los Milagros con motivación e iniciativa de participar; y en los usuarios que se observe que la capacidad de expresar o comunicar este deteriorada o sea necesario preservar o potenciar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividad terapéutica para crear una revista elaborada por usuarios del CRP.

La actividad se lleva a cabo con una frecuencia de 1-2 veces por semana en sesiones de 90 minutos.

Realizando sesiones grupales con todos los participantes, sesiones de grupos más reducidos dependiendo temáticas, o sesiones individuales.

Cada sesión estará dirigida por el equipo de psiquiatría, terapia ocupacional y personal de enfermería.

La revista se comenzará creando primero recopilando la información en soporte de papel y posteriormente se transcribirá en soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La adherencia y seguimiento de participación en la actividad a los 6 y 12 meses.
Grado de satisfacción al finalizar el programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio febrero 2019 y finalización en febrero del 2020

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1116 (Contrato Programa)**

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de papelería (papel, bolígrafos, lapiceros, goma, sacapuntas, pinturas, cuadernos...)
Un pendrive para guardar todo el material en soporte informático, ordenador e impresora.
Recursos para imprimir los ejemplares de la revista y encuadernación.

10. OBSERVACIONES.

- Se realizará este proyecto en una sala del centro con mesas y sillas, pizarra y buena iluminación.
- Se utilizará diferentes ordenadores del centro disponibles para transcribir la información.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1124 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE MARTA GALVEZ CALABRIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ SANZ HELENA. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
- ALEGRE GUERRA BEATRIZ. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
- MARGARETO CASQUETE ELENA. EIR. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
- BAENA JIMENEZ NIEVES. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes con trastorno mental grave son mucho más sedentarios que la población en general (Stubbs B et al., Schizophr Res ; 171: 103). Esto conlleva un aumento de los trastornos cardiometabólicos con una reducción de la expectativa de vida. Por otra parte, estudios recientes, no todavía suficientemente contrastados, han sugerido que el ejercicio aeróbico potencia la neurogénesis, provocando una mejoría de los síntomas cognitivos y negativos (Panjonk FG et al. Arch Gen Psychiatry 2010; 64: 133-145).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la salud física
- Mejorar la función cognitiva
- Mejorar los síntomas negativos
- Mejorar los síntomas depresivos
- Satisfacción con la actividad física

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Análisis de la conducta sedentaria al ingreso mediante el cuestionario de actividad física.
- Evaluación antropométrica de los pacientes: IMC, perímetro de cintura abdominal.
- Entrevista motivacional para potenciar el ejercicio físico.
- Iniciar una actividad física progresiva hasta alcanzar las recomendaciones de Consenso de la Organización Internacional de la Terapia Física en Salud Mental: 150 minutos de ejercicio físico por semana de ejercicio aeróbico (entre el 55-80% de la frecuencia cardíaca) repartidos en actividad física individualizada (fundamentalmente caminar cuatro veces a la semana), con una duración de 45 minutos, logrando que este ejercicio sea de tipo aeróbico. La medición de la frecuencia cardíaca sería manual y si es posible también con instrumentos como pulsímetros.
- Se hará un registro individual de la actividad física que tendrá la duración del tiempo que el paciente esté ingresado en la Unidad de Media Estancia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Disminuir el IMC y la cintura perimetral
- Mediante el test de evaluación cognitiva de pacientes con el trastorno mental grave
- Subescala PANSS negativo
- Escala de Cagliari
- Escala de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se hará durante 6 meses y se valorará la continuidad

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos materiales fungibles
- Recursos materiales (báscula, cinta métrica)
- Recursos humanos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1212 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA PARDOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL. PSICOLOGO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOLOGIA CLINICA
· CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· MENE PEREZ MARTA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· FELIPE LANUZA GEMMA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ASPIROZ GUILLEN EMMA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· BULL LORIENTE TERESA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ZAPATER OTIN ELENA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un grupo de profesionales ha detectado la necesidad de desarrollar un instrumento ágil para el manejo diario de las pautas generales, no farmacológicas, de los diferentes pacientes ingresados en la unidad de larga estancia (ULE), de esta forma pensamos que con esta herramienta de trabajo mejoraremos la accesibilidad rápida a la información y habrá una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Establecer las variables a registrar que permitan recabar toda la información necesaria
2-Diseñar una base de datos con pautas generales de todos los pacientes de ULE
3-Introducir las pautas generales de cada usuario de la ULE
4-Desarrollar una carpeta compartida donde pueda acceder todo el equipo de profesionales
5-Mantener actualizadas todas las pautas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En una primera reunión plantearemos las variables a incluir en la base de datos, tras una decisión unánime de todo el grupo, ésta estará ubicada en una carpeta compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE. Cada integrante del grupo se responsabilizará de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100%de los pacientes.
A medida que se vayan finalizando las pautas de los pacientes se irán comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales para que se vaya informando a todo el mundo en los cambios de turnos y poder empezar a utilizarlas.
Realizaremos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que vayan surgiendo y para la realización y distribución de una encuesta de satisfacción y una última reunión cuando todos los pacientes estén incluidos en la base de datos para hacer una evaluación de la misma ya que se pretende al año que viene realizarlo en la unidad de psicogeriatría y para ver los resultados de la encuesta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:
-Creación de un documento estableciendo las variables (SI / NO)
-Diseño de la base de datos informatizada accesible a todo el personal de ULE (SI / NO)
-Disponer de archivador en papel accesible a todos (SI / NO)
-Realización de 3 reuniones al año (SI / NO)
-% de usuarios de ULE con hoja de pautas generales completadas/todos los usuarios de ULE. (100%)
-Encuesta de satisfacción al personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad (SI / NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL: Establecer variables a incluir en la hoja de pautas generales.
MAYO: Puesta en común con el resto del equipo de ULE y documento definitivo.
JUNIO- OCTUBRE: Introducir los datos de todos los pacientes de ULE.
Realización y distribución de la encuesta de satisfacción
NOVIEMBRE: Revisión de las hojas de pautas generales y resultados de la encuesta
DICIEMBRE: Finalización.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresora
Folios DIN A4
Ordenador
Carpetas archivadoras
Fundas multitaladros

Proyecto: 2019_1212 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0624 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

2. RESPONSABLE ENRIQUE BEJAR MARIN

- Profesión TCAE
- Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- CARRERO BACIGALUPE ICIAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- VAQUERO PEREZ MARIA JOSEFA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- LA UNIDAD (UME) OFRECE UNA SERIE DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS A LO LARGO DE LA SEMANA QUE SUSCITAN, MÁS O MENOS, INTERÉS EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN DE CADA PACIENTE, PERO NECESARIAS POR SU UTILIDAD TERAPÉUTICA PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN Y PROMOVER LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES.
- SE HA CONSTATADO EL SEGUIMIENTO DESIGUAL DE ALGUNAS DE ESAS ACTIVIDADES QUE INCIDEN MÁS EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE, POR LO QUE SE VIO NECESARIO APORTAR UNA ACTIVIDAD NUEVA QUE PUDIERA ESTIMULAR MÁS A LOS PACIENTES.
- POR OTRA PARTE, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE OFRECER UN ESPACIO DE MEJORA PARA LOS DÉFICITS DEL LENGUAJE (APTITUDES DE ESCRITURA, HABLE Y ESCUCHA) QUE AFECTAN A ESTE TIPO DE PATOLOGÍA.
- ACTIVIDAD DE OCIO SALUDABLE Y DIFERENTE QUE FAVOREZCA LA SOCIALIZACIÓN.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL:

- FORTALECER LAS APTITUDES DE LECTURA, ESCUCHA Y DESARROLLAR EL EXPRESARSE EN PÚBLICO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- MEJORAR LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN.
- EXPANDIR EL CONOCIMIENTO AMPLIANDO EL VOCABULARIO.
- AGILIZAR LA MEMORIA.
- AGUDIZAR LA IMAGINACIÓN Y FAVORECER EL PENSAMIENTO CRÍTICO.
- CREAR VÍNCULOS EMOCIONALES(DESARROLLA UNA ACTITUD POSITIVA HACIA LA LECTURA COMO FUENTE DE PLACER).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- REUNIÓN SEMANAL PARA PREPARAR EL CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD.
- BÚSQUEDA (INTERNET, BIBLIOTECA.....) DE TÍTULOS PARA LEER, PREVIA REVISIÓN DE LOS MISMOS.
- SESIONES SEMANALES DE UNA HORA PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA CON PACIENTES.
- SESIONES EXTRAS, UNA VEZ AL MES, PARA VISIONADO DE PELÍCULAS RELACIONADAS CON OBRA.
- ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD RELACIONADAS CON LA LECTURA (PRESENTACIÓN DE LIBROS, ARTES ESCÉNICAS, FERIA DEL LIBRO, CITAS CON AUTORES...)
- ACTIVIDAD DE LECTURA EN EXTERIORES.
- ACTIVIDADES ENMARCADAS Y DIFERENCIADAS DEPENDIENDO DE LAS CUATRO ESTACIONES ANUALES.
- REUNIONES SEMANALES DEL EQUIPO PARA VALORAR LA ACTIVIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR CON CARÁCTER TRIMESTRAL.
- NÚMERO DE SESIONES DE LECTURA.
- NÚMERO DE SESIONES EXTRA DE VISIONADO DE PELÍCULAS.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ABANDONAN LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL EXTERIOR.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- INICIO DE PROYECTO, EL 29 DE MARZO DE 2019.
- FIN DE PROYECTO, EL 1 DE MARZO DE 2020.
- CUESTIONARIO DE VALORACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS, TRIMESTRAL.
- UNA EVALUACIÓN CONTINUADA, TRAS CADA SESIÓN, QUE VALORARÁN PERSONAL Y USUARIOS, LA CONVENIENCIA, O NO, DE MODIFICAR EL CONTENIDO DE LOS TEMAS TRATADOS, ADEMÁS DE UNA VALORACIÓN, AL ALTA, QUE AYUDARÁ A VALORAR Y EVALUAR, LA LÍNEA DE TRABAJO DE LA ACTIVIDAD.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- DOTACIÓN ECONÓMICA PARA ACTIVIDADES CULTURALES EN LA COMUNIDAD(ASISTIR A OBRAS DE TEATRO, DESPLAZAMIENTO PARA PRESENTACIONES DE OBRAS LITERARIAS, VISITAS A CONOCER AUTORES EN PRESENTACIÓN DE OBRA, FERIAS DE LIBROS,...)
- EQUIPO DE MÚSICA.
- LÚPAS PARA LECTURA.
- DOTACIÓN ECONÓMICA PARA ADQUISICIÓN DE OBRAS LITERARIAS, MATERIAL DE ESCRITURA, TINTA PARA IMPRESORA, FOLIOS,.....

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0624 (Contrato Programa)

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0886 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME

2. RESPONSABLE HELENA SANZ SANZ
· Profesión PSICOLOGO/A CLINICO
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GALVEZ CALABRIA MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la Unidad de Media Estancia (UME) del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca se detecta la necesidad de elaborar un protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos que oriente en la toma de decisiones terapéuticas y minimice los riesgos asociados. Se tratará de discernir el requerimiento de un ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) para tratamiento más intensivo, o bien el ajuste de tratamiento y medidas de contención que eviten dicho ingreso en UCE. Al tratarse de una unidad de puertas abiertas, con recursos materiales y personales limitados, es importante intervenir cuando se produce una reagudización de cara a minimizar posibles riesgos derivados, como pueden ser: alteración de la convivencia con otros pacientes y su posible desestabilización, pasajes al acto con auto/heteroagresividad, empeoramiento clínico progresivo del paciente... En la actualidad no existen en la unidad ningún protocolo específico para identificación de pródromos. Consideramos que a través de esta herramienta se facilita la recogida de información procedente de cada uno de los ámbitos de tratamiento (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y auxiliar de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social...) y permite una toma de decisiones más ajustada a ese momento concreto del paciente evitando los riesgos ya mencionados y actuando de forma más ágil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos con el objetivo de detectar el inicio de una descompensación psicopatológica y poder establecer la intervención más adecuada. La población diana será todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia que presenten sintomatología sugestiva de fase prodrómica y que requieran una valoración para discernir la necesidad de ingreso en Unidad de Corta Estancia u otra medida terapéutica. El protocolo será aplicado por el equipo sanitario que trabaja diariamente con el paciente, cada uno desde sus competencias profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso...).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródromos.
- Elaboración del protocolo.
- Elaboración del registro de casos.
- Presentación al resto del equipo asistencial.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: quincenal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Elaboración del protocolo de valoración de síntomas prodrómicos (sí/no).
Elaboración del registro de casos (sí/no).
Reunión con el resto del equipo asistencial (sí/no).
Implementación: aplicación del protocolo a pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica (100%).
Registro de casos: cumplimentación (100%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Junio 2019: reunión con el resto del equipo asistencial para dar a conocer el protocolo y el registro.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Material bibliográfico de consulta (internet o material disponible);
- Equipo informático (de consulta);
- Sala de reuniones (UME);
- Despacho donde realizar valoración.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0886 (Contrato Programa)

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0469 (Contrato Programa)**

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE VICENTE COMPAIRED TURLAN
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
 - NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
 - GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - ZAMORA MUR ALFREDO. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - MOYA PORTE TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - ZAZO ROMOJARO MIGUEL. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU). Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines. Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación. La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas. Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería. La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Febrero-mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

Proyecto: 2019_0469 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos materiales: carros de medicación, carro nodriza y cajetines de recambio.
- Recursos humanos: un farmacéutico durante el proceso de implantación y un técnico de farmacia desde el inicio de la implantación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0471 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN

2. RESPONSABLE CARMEN MARINA CASTIELLA GARCIA

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COMPAIRED TURLAN VICENTE. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- GRACIA BENITO ANGELA CARMEN. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- GARCIA VARONA MARIA JOSE. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- CEBRIAN MANERO ANA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- BESCOS LATRE NATALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
- AYALA LOPEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad, gran parte de los medicamentos utilizados en el Hospital están registrados en el sistema de gestión del Servicio de Farmacia y ordenados por orden alfabético en el almacén, por nombre comercial (en vez de por principio activo), con su correspondiente código nacional como código asociado. Esto supone un problema para la implantación de la prescripción electrónica, con la que se pretende comenzar próximamente. Además, en muchos casos, existen varias fichas para un mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica como consecuencia de haber tenido que pedir a lo largo del tiempo, el mismo medicamento a diferentes laboratorios, creando un registro nuevo por cada laboratorio diferente al que se ha solicitado la medicación. Este hecho dificulta la gestión de los pedidos así como del inventario real de la farmacia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Actualizar en el maestro de artículos (Farmatools®) la información de las fichas de cada medicamento empleado en el Hospital (principio activo, dosis, vía de administración, forma farmacéutica y grupo terapéutico).
- Disponer de una ficha por especialidad farmacéutica con el código de identificación común para hospitales de Aragón, en la que se incluyan las distintas ofertas y donde poder consultar los movimientos de dicho medicamento independientemente del proveedor.
- Ordenar el almacén de Farmacia siguiendo el orden alfabético de los principios activos.
- Implementar la petición de medicamentos por parte de los servicios, por principio activo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reparto de listados con los nombres comerciales de los medicamentos y sus correspondientes principios activos a las diferentes unidades y explicación de los mismos.
- Revisión de todas las fichas activas del maestro de artículos del Servicio de Farmacia.
- Cambio de la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo.
- Unificación y fusión de fichas, cambiando el código nacional por el código H, sistema unificado de códigos de medicamentos en Aragón.
- Revisión de dosis, forma farmacéutica, grupo terapéutico y vías de administración de cada medicamento para actualizar y adecuar la base de datos.
- Reordenación del almacén del Servicio de Farmacia, siguiendo orden alfabético de principio activo e identificación con nuevo etiquetado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%.
- Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%
- Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%
- Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.
- Reetiquetado de los medicamentos por principio activo. Sí/no.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero: reparto de los listados con nombre comercial y principio activo a las plantas e información del plan a seguir.
Enero-mayo: revisión de todas las fichas de medicamentos y actualización de las mismas.
Mayo: cambio de orden del almacén del Servicio de Farmacia y reetiquetado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0471 (Contrato Programa)**

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0027 (Contrato Programa)

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SARVISE LACASA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- PERALTA GASCON ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es un hecho de gran trascendencia a nivel social el envejecimiento de la población, pero hay sectores en los que esté proceso tiene una mayor repercusión, siendo el sanitario probablemente en el de mayor impacto tenga, ya que además del incremento del uso de servicios debido al mayor porcentaje de personas de edad le debemos añadir que la edad es un importante factor de riesgo de patología quirúrgica. La innovación tecnológica en las últimas décadas ha permitido tratar quirúrgicamente una amplia gama de procesos que anteriormente era impensable, actualmente la complejidad radica en gran medida en los pacientes, y sobre todo en los pacientes ancianos, que antes ni se planteaba la posibilidad quirúrgica y hoy en día pueden suponer casi el 50% de las intervenciones. Los ancianos son un grupo de población con una variabilidad enorme, encontrándose desde el anciano robusto con un buen estado físico y psíquico y una cobertura social excelente de una edad de 90 años, hasta el anciano con elevada comorbilidad, polimeditado, con algún grado de discapacidad, deterioro cognoscitivo y pobre soporte social, de una edad mucho más temprana. Esas circunstancias generan un impacto elevado en su capacidad de respuesta al estrés quirúrgico y por tanto una mayor vulnerabilidad a experimentar complicaciones graves, consiguiendo pobres resultados pese a la técnica experimentada. Todo esto hace que la asistencia a las personas mayores sea mucho más compleja, y ya no es suficiente asegurar la mejor anestesia y técnica quirúrgica posibles, una estabilización hemodinámica en la reanimación y la prevención de procesos infecciosos o tromboembólicos, además es preciso identificar a los que presentan un mayor grado de fragilidad y realizar una correcta prevención y abordaje precoz del deterioro funcional y de los síndromes geriátricos que aparecen en el postoperatorio inmediato, lo que induce a una forma de trabajo diferente a la actual si se quiere optimizar y afinar los cuidados en las personas mayores, desarrollando un trabajo en equipo entre diversos profesionales (cirujanos, anestesiistas, geriatras,...).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la asistencia del paciente anciano frágil quirúrgico mediante una adecuada toma de decisiones, la optimización previa a la cirugía, la prevención y abordaje precoz de complicaciones, el mantenimiento de la función, y la gestión del caso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se va a realizar un trabajo en dos escenarios con dos tipos distintos de pacientes:

1. Atención en Consultas externas de geriatría de aquellos pacientes > de 75 años programados para cirugía que cumplan al menos dos de los siguientes criterios:
Cardiopatía (IAM, insuficiencia cardiaca, arritmias...)

Neumopatía (EPOC; insuficiencia respiratoria)

Deterioro cognitivo o antecedentes de sd confusional agudo

Polimedicación: (> 5 fármacos entre ellos anticoagulantes...)

Problemas de movilidad (escaleras, transferencias, ayudas técnicas...) o caídas en último año

Estos pacientes serán derivados a las CC EE de geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús y valorados en el plazo de una semana, detectando todos aquellos procesos que pudieran contraindicar de forma relativa o absoluta la cirugía y en caso necesario adecuar al paciente para poder minimizar los riesgos quirúrgicos.

2. Atención en la hospitalización del Servicio de Cirugía de aquellos pacientes que ingresan de forma urgente y presentan al menos uno de los siguientes criterios:

>80 años

Fragilidad (Índice de Fragilidad VGI >0,2)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes atendidos del total de pacientes tributarios de atención

- % de pacientes trasladados desde el Servicio de Cirugía del Hospital San Jorge al Hospital Sagrado Corazón de Jesús

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El inicio de la colaboración será desde el 1 de marzo de 2019, con una duración indefinida en dependencia de los resultados marcados por los indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Local de consultas

Dedicación parcial del facultativo especialista en Geriatría en Hospital San Jorge

Dedicación parcial de la enfermera de la Unidad de Valoración sociosanitaria del Hospital San Jorge

Proyecto: 2019_0027 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procesos subsidiarios de tratamiento quirúrgico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0293 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LOPEZ FORNIES ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
 - DOZ SAURA NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
 - QUILEZ PINA RAQUEL. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
 - MARTINEZ MALO INMACULADA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
 - OTAL PUEYO ELENA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
 - GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
 - ZAMORA SIERRA MARIA VANESCA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El equipo de trabajo del Hospital de Día de Geriatria (HDG) atiende a pacientes para la recuperación funcional. La patología en la que se centra nuestro trabajo es la rehabilitación funcional tras la intervención de cadera. Estos pacientes provienen fundamentalmente de hospitalización de Geriatria y de la Unidad de Valoración Socio Sanitaria (UVSS) ubicada en el Hospital San Jorge (Servicio de Traumatología), otros provienen de Atención Primaria previamente valorados en nuestra consulta de valoración. En el Hospital de Día de Geriatria se realiza una valoración Geriátrica integral (VGI) donde se valora la capacidad funcional y actividades de la vida diaria (AVD) que realiza cada paciente y a partir de ella se dirigen los objetivos a trabajar con ese paciente. Esta patología es cada vez más frecuente y una de las que genera más dependencia tras una intervención quirúrgica. Algunos movimientos que se realizan en las A.V.D pueden estar contraindicados tras una intervención de cadera, un entrenamiento específico sobre cómo debe de realizar las AVD, facilita la autonomía a estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Principal:

Mejorar la recuperación funcional de los pacientes con patología de cadera.

Objetivos específicos:

- Informar a usuarios y entrenarlos en las AVD para evitar movimientos que ponen en riesgo la prótesis.
- Informar a familiares la técnica para realizar las AVD a los usuarios de forma funcional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de una guía de ejercicios, indicaciones y contraindicaciones.
- Seguimiento médico y de enfermería tras la intervención quirúrgica.
- Entrenamiento a pacientes en A.V.D de forma segura evitando contraindicaciones.
- Información a familiares de indicaciones y contraindicaciones en la realización de A.V.D
- Asesorar a familiares en la adaptación del entorno y recomendación de ayudas técnicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de pacientes que acuden a H.D.G con patología de cadera y aprenden el manejo de las A.V.D.
2. Elaboración y diseño de la guía para la recuperación funcional tras ser intervenido de fractura de cadera
3. Porcentaje de cuidadores/ familia/usuarios que se les ofrece la guía con patología de cadera.
4. Porcentaje de familias que aprenden junto con los pacientes actividades indicadas y contraindicadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril- Mayo Creación de guía para la recuperación funcional tras la intervención de cadera
- Enero-Diciembre creación de un registro de los datos necesarios para la elaboración de indicadores.
- Mayo -Diciembre Puesta en práctica de la guía.
- Diciembre Evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Impresión de la guía

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍAS DE CADERA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0293 (Contrato Programa)

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0310 (Contrato Programa)

ELABORACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE TCAE DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

2. RESPONSABLE BEGOÑA AYALA LOPEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DENA VILELLAS MARIA PILAR. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- GRACIA BENITO VIRGINIA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- SOTO CRIADO DOLORES. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- MARCELLO IBOR MONICA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- PRADERAS LOPE YOLANDA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- TORRES DOMINGUEZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Unos completos registros de TCAE constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados de calidad.

El registro de TCAE complementará los actuales registros enfermeros que han sido recientemente actualizados. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta del mismo, hace necesario un diseño e implementación de dicho registro, que permita optimizar el trabajo enfermero y la atención del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Elaborar un registro de TCAE de fácil y rápida cumplimentación, que nos permita obtener y reflejar una información de calidad.
- Crear un registro que permita una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas. Con información clara y concisa, para optimizar el trabajo y la atención al paciente.
- Mejorar el registro de datos esenciales añadiendo aquellos ítems que aporten información necesaria en la atención. Mejorar la eficacia de las anotaciones, disminuyendo los textos narrativos.
- Mejorar la comunicación entre enfermera y TCAE necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica de registros de TCAE utilizados en otros centros y sectores de Salud.
- Reuniones de trabajo con los profesionales de TCAE que trabajan en el centro, para constatar la necesidad detectada de tener un registro donde poder plasmar una información de calidad para mejorar la atención al paciente.
- Entrevistas con las enfermeras del centro para detectar las deficiencias de información entre TCAE y DUES.
- Elaboración del actual registro según la información obtenida.
- Presentación del nuevo registro a los profesionales del centro.
- Poner en marcha la nueva hoja de registro.
- Reevaluación al mes para valorar si hay que hacer alguna modificación antes de la implementación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración de la hoja de registro.
- Porcentaje de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados TCAE. Estándar de cumplimiento 100%.
- Porcentaje de ítems debidamente registrados del total de ítems definidos (el estándar se definirá cuando esté la hoja diseñada).
- Mejoría en la comunicación del personal mediante la realización de una encuesta de satisfacción durante el período de reevaluación. Estándar de satisfacción 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión bibliográfica: Marzo 2019.
Recogida y análisis de datos: Marzo 2019.
Elaboración del nuevo registro: Abril 2019.
Presentación y aprobación por la dirección del centro: Mayo 2019.
Puesta en marcha de los nuevos registros: a partir de Mayo 2019.
Reevaluación: Junio 2019.
Evaluación final: Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0310 (Contrato Programa)

ELABORACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE TCAE DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Geriátrico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0695 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE RAQUEL QUILEZ PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NARVION CARRIQUIRI ADRIANA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SOLER FRIAS CATERINA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· VASHI DULARAMANI HANISH. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· DOZ SAURA NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· LOPEZ FORNIES ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular lo que contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano, además de aumentar las complicaciones intrahospitalarias. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La prevalencia de sarcopenia en medio ambulatorio esta en torno al 10-20% aumentando con la edad y siendo un factor agravante la hospitalización. Hay diversos métodos para cuantificar la masa muscular pero la bioimpedanciometria ha evidenciado no ser nociva, relativamente rápida de realizar y presenta buena correlación con goldstandard (DEXA). De todas las alternativas terapéuticas, el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico funcional y la supervivencia
Promover la participación activa de familiares/cuidadores
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Actividades:

Realización de valoración geriátrica integral
Realización de bioimpedanciometria a los pacientes que sean capaces de realizar un mínimo de actividad física, con capacidad cognitiva o cuidador que colabore y que no esté contraindicada su realización.
Realización de medidas antropométricas (IMC, perímetro pantorrilla y brazo)
Medición de fuerza por dinamometría de mano dominante
Realización de test cognitivos (Pfeiffer)
Medición situación funcional (Barthel)
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normnutridos, en riesgo y malnutridos
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación funcional, cognitiva y comorbilidad del paciente para que los realice en su domicilio tras el alta hospitalaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia a los que se les ha realizado bioimpedanciometria (85%)
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia en informe de alta de los que se les ha realizado bioimpedanciometria (10%)
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (MNA, Pfeiffer, dinamometría, Barthel) y medidas antropométricas de los que se les ha realizado bioimpedanciometria (95%)
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza (10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión bibliografía abril 2019
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados junio-agosto 2019
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes antes del alta desde septiembre 2019 de forma indefinida

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos: Papel, tinta e impresora para material (ejercicios) a entregar a los pacientes

Proyecto: 2019_0695 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SARCOPENIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0949 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

2. RESPONSABLE MONICA IBOR MARCUELLO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AYALA LOPEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- GARCIA CORTES MONICA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- JAL DOMINGUEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- NOVA ABADIAS SONIA. GOBERNANTE/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- PUEYO MOI MARIA ISABEL. INFORMATICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- BLANCO LAIN MARIA JOSE. INFORMATICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Partimos de un trabajo manual por tarjetas y una dificultosa coordinación y comunicación con el resto de servicios implicados en la elaboración de los menús. Se cree conveniente realizar una mejora del sistema, procediendo a la revisión, valoración, elección y adaptación de las diferentes dietas, teniendo en cuenta las particulares necesidades de los pacientes atendidos (pacientes geriátricos, pacientes con problemas de dentición, de disfagia, con diferentes patologías, ...entre otras). Se observa la necesidad de contar con una aplicación informática para apoyar el trabajo diario en las unidades de enfermería en la gestión de dietas hospitalarias. Nuestro Hospital va a implementar el programa informático Dietools, como herramienta de trabajo para conseguir una mejora en la gestión específica de dietas del HSCJ.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- Implementar el programa informático de dietas, como método de trabajo para una buena gestión de las mismas en el HSCJ.
- 2- Valorar, elegir y adaptar las diferentes dietas al tipo de paciente atendido en el HSCJ
- 3.- Mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia y en consecuencia, la calidad asistencial

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Colaboración en la puesta en funcionamiento del programa entre el servicio de informática, cocina, las unidades de enfermería y logopedia.

- Automatización en la petición de las dietas.

- A nivel Informático:

Creación de usuarios, permisos, agendas, menús (con las indicaciones de los profesionales indicados)

Posibilidad de conectarlo con otras aplicaciones (Independencia de Bases de Datos, Integración con HIS)

Exportación de todos los listados e informes a Excel

Creación de un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo

- Apoyo en la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación. (por el servicio de Informática)

- Elección de una dieta basal equilibrada, acorde con las especiales características del paciente atendido en nuestro centro.

- Definición y desarrollo de las dietas terapéuticas necesarias para dichos pacientes, unificando criterios entre los miembros del equipo multidisciplinar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1- Aumento en la seguridad del paciente: El número de errores en la petición de dietas solicitadas en un año será menor a un 5%.

2- Más de un 80% del personal involucrado (Médicos, enfermería, tcae)asiste a las sesiones de formación para conocer y manejar el aplicativo. (Implicación del Servicio informática)

3- Aumento en un 20% en la satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria con respecto a los meses previos a la implantación del programa y las nuevas dietas, mediante las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer trimestre 2019: revisión, valoración y elección de menús.

Segundo trimestre 2019: adaptación de las dietas terapéuticas e inserción en la aplicación informática.

Segundo y Tercer trimestre 2019: Formación de los profesionales implicados.

Tercer-Cuarto trimestre 2019: Comienzo en el uso del programa informático

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0949 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

**MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS,
UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS**

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síndromes geriátricos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0142 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE LETICIA GALAN LATORRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PSIQUIATRIA
- LACAL ALEJANDRE LAURA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- ALAYETO GASTON MARIAN. PSICOLOGO/A CLINICO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El hospital de día de psiquiatría es un recurso de salud mental en el que se atiende a los pacientes desde la confluencia de diferentes terapias. Nos parece necesario conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos. Se ha investigado sobre el modo de evaluar dichos procesos desde una perspectiva integradora; "investigación de procesos y resultados". Esta información relevante podría obtenerse a través de un cuestionario de valoración que los pacientes tendrían que cumplimentar en dos momentos diferentes, al ingreso y al alta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica de forma individualizada
Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
Administración del cuestionario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de pacientes a los cuales se les administra el cuestionario
Valoración cuantitativa de los ítems del cuestionario y análisis de los datos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

febrero de 2019: Revisión bibliográfica de forma individualizada
febrero de 2019: Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
febrero de 2019 Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
A partir de marzo de 2019 hasta marzo de 2020. Administración del cuestionario

9. RECURSOS NECESARIOS.

ordenador e impresora

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0869 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

2. RESPONSABLE AURORA CALVO PARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GRACIA SIMEON. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· JARAMILLO GONZALEZ ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· ESCARIO MUR MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· MONGE OTAL SILVIA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· TRILLO CAMPO MARTA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· LANASPA BENITEZ ROCIO. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· GAVIN CLAVER MARIA JOSE. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Conseguir un alto grado de satisfacción de las mujeres con El Programa de detección precoz del Cáncer de mama es fundamental para mantener altos niveles de participación sucesiva regular, lo que constituye uno de los indicadores básicos de medida de la calidad del propio programa.
La bibliografía señala que el comportamiento de las usuarias puede estar en relación con las experiencias durante el proceso de cribado mamográfico y su grado de satisfacción con el mismo. Marshall ha señalado que casi la mitad de las mujeres que abandonaban los programas señalaban como motivo principal lo que les sucedió durante la realización de la mamografía
En el caso de un programa de detección precoz de cáncer de mama, son varios los motivos que hacen que el estudio de la satisfacción sea incluso más importante que en otras intervenciones sanitarias. Las mujeres que van a hacerse una mamografía de cribado están aparentemente sanas, por lo que no están motivadas a acudir a hacerse la prueba que disminuya una dolencia o cure una patología. Las experiencias negativas que puedan tener durante la misma influyen en la posibilidad de que no acudan a realizarse la mamografía. Además uno de los criterios para implantar un programa de cribado es que la intervención que se realice resulte aceptable por la población a la que va dirigida. Evaluar, pues, la satisfacción de las mujeres con el programa constituye un paso imprescindible para conocer cómo se pueden mejorar esos niveles de satisfacción y lograr proporcionar un servicio de calidad y con altos niveles de participación.
Referencias indirectas y algún estudio fuera del ámbito de Aragón, muestran como el programa es bien valorado por sus usuarias, siendo la satisfacción alta en casi todas las áreas.
Han pasado dos décadas desde que se implementó el programa y tenemos indicios para pensar que se han empeorado algunos aspectos: retraso entre dos vueltas, dificultad en la accesibilidad telefónica e incluso peor información y trato que se dispensa a las usuarias.
La determinación tanto de la satisfacción global como de la relacionada con aspectos concretos de la exploración mamográfica permitirá identificar áreas de mejora y monitorizar la calidad del Programa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Valorar la satisfacción global de las usuarias del Programa de detección precoz del Cáncer de mama en Huesca
- Valorar algunos aspectos concretos como:
 - Accesibilidad telefónica
 - Información que se proporciona
 - Trato recibido
 - Confortabilidad de las instalaciones.
- Detectar áreas de mejora, planificar actividades para mejorar e implementarlas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se va a constituir un grupo de mejora formado por los profesionales que participan activamente en las actividades del Programa.
Se elaborará una encuesta de satisfacción, sencilla, visual, en la que se preguntará por los aspectos identificados como prioritarios para conocer el grado de acuerdo de las usuarias con dichos aspectos
Para no hacer tediosa la encuesta, se obviarán otros aspectos que pueden resultar de sumo interés, pero la factibilidad de la solución es menor o no está en las posibilidades del equipo de mejora
Lo ideal sería poder poner una Tablet en cada una de las dos unidades con la encuesta visual y táctil, pero siendo realistas, se planteará algún método más clásico como imprimir la encuesta en octavillas de papel y colocación de una urna en lugar visible pero discreto, fuera de la sala donde se hace la mamografía.
El diseño y la metodología de la encuesta se acordarán en las reuniones del grupo de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas de forma global con el PPCM (estándar > 95%)
% de usuarias que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la facilidad de acceder al contacto

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0869 (Contrato Programa)**

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

(telefónico /mail) con el Programa (estándar >75 %)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la información que se le proporciona del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con el trato recibido por el personal del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la confortabilidad de las instalaciones del PPCM (estándar > 95%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primer trimestre 2019: diseño y metodología de la encuesta

- Abril / septiembre: aplicación de la encuesta según criterios establecidos previamente

Noviembre /Diciembre: Estudio de resultados de la encuesta. Detección de áreas de mejora. Planificación de acciones para mejorar.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dos tablets

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0538 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSQUIATRIA

2. RESPONSABLE EUGENIA ESTRADA FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTER RAMON BEGOÑA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· SANTISO SANZ MIGUEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· ALAYETO GASTON MARIAN. PSICOLOGO/A CLINICO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· SARASA FRECHIN EVA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· GALAN LATORRE LETICIA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA
· ESTEBAN SORIANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Ante la variabilidad del personal sanitario /administrativo que permanece en el trabajo de HDD, se perciben carencias en la continuidad de actividades, intervenciones y coordinación. Se considera primordial en la unidad unos criterios para disminuir la variabilidad en la gestión que repercute de forma directa e indirecta en la atención al paciente. Se confeccionan el mapa y procesos en base a otros protocolos, experiencias y reuniones de equipo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Organización del recurso ; 2. elaboración de estrategias de mejora a nivel del equipo asistencial ; 3. Mejorar la coordinación para un mayor beneficio del paciente tanto de forma directa como indirecta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Estudio de protocolos previos y análisis de publicaciones
- Confección de la gestión de protocolos
- Puesta en marcha de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nºpacientes beneficiados; elaboración del mapa de procesos y elaboración de subprocesos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Estudio del protocolo: marzo 2019;
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019
- Puesta en marcha: desde abril 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

recursos humanos y tiempo del equipo asistencial, folios, bolígrafos, ordenador.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología mental
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0815 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

2. RESPONSABLE PILAR POVEDA SERRANO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H JACA
• Localidad JACA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PALANCA GRACIA EUGENIA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
• LAVILLA VILLAVERDE CARMEN. ENFERMERO/A. H JACA. URGENCIAS
• SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
• GIL FERRER LAURA. MEDICO/A. CS JACA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• ABIZANDA CASTILLA ANTONIO. ENFERMERO/A. H JACA. URGENCIAS
• CRISAN ANDREA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
• MORENO MEJIA GRACIELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis (FAA) es una de las principales entidades dentro de los procesos infecciosos en la infancia. Las producidas por Streptococcus β -hemolítico del grupo A (SBGA) son prácticamente las únicas susceptibles de ser tratadas con antibióticos. La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica siendo lo más frecuente el origen vírico.

En nuestro servicio, el 2% de las consultas son compatibles con Faringoamigdalitis. No se dispone de técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA), con la consiguiente posibilidad de sobrediagnóstico de FAA estreptocócica y sobre prescripción antibiótica

Este trabajo pretende evaluar la práctica clínica habitual de diagnóstico y tratamiento de FAA no complicadas, intentar demostrar las ventajas de disponer de TDRA para optimizar el uso de antibióticos.

Ningún síntoma aislado, ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAS. Las escalas de predicción clínica ofrecen una aproximación al diagnóstico para seleccionar a los pacientes a los que luego se deben aplicar pruebas diagnósticas.

Para establecer el tratamiento, es exigible el diagnóstico etiológico Hay dos pruebas para la detección del EBHGA: TDRA y cultivo de muestra faringo-amigdalár. Ninguna de ellas diferencia de forma definitiva los pacientes con FAA estreptocócica aguda de los portadores de EBHGA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Objetivo principal: analizar el impacto de la implantación de un TDRA en nuestra práctica asistencial, en relación a la reducción de antibióticos prescritos innecesariamente.
- Elaborar un protocolo para homogeneizar el manejo de estos pacientes y optimizar el uso de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

? Elaborar un proceso con: recomendaciones, criterios de realización y de no realización de pruebas complementarias y tratamiento tomando como guía los protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Se realizará una reunión inicial y posterior trabajo on line entre los diferentes participantes.

? Difundir entre los profesionales de urgencias el manejo diagnóstico y terapéutico de las FAA en pacientes con edad pediátrica.

? Difundir la técnica de hisopado para realización de TDRA correctamente.

? Medir el impacto de la intervención: Situación previa y posterior a la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1) Realizar la escala CENTOR para seleccionar a los pacientes a los que luego aplicar pruebas diagnósticas.

a) Dimensión: Efectividad

b) Formula: N° historias faringoamigdalitis en las que consta la realización de la Escala Centor/N° total historias faringoamigdalitis x100

c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias

d) Tipo: proceso

e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias

f) Estándar: 95 %

2) Realizar test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TDRA) en pacientes que esté indicado

a) Dimensión: Efectividad. Seguridad

b) Formula: N° de pacientes pediátricos con FAA a los que se ha realizado el TDRA estando indicado/N° total pacientes con FAA en que se ha realizado el TDRA x 100

c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias

d) Tipo: proceso

e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias

f) Estándar: 90%

3) No realización de TDRA en el caso de que no esté indicado, tras valoración clínica y SCORE

a) Dimensión: Efectividad. Seguridad

b) Formula: N° de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA no estando indicado/ N° total de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA X 100

c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias

d) Tipo: Proceso

e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias

Proyecto: 2019_0815 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

- f) Estándar: 90%
 - 4) Optimizar el tratamiento antibiótico de Faringoamigdalitis aguda.
 - a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
 - b) Formula: N° de pacientes diagnosticados de FAA tratados con Pencilina o amoxicilina / N° pacientes diagnosticados de FAA tratados con antibióticos x 100
 - c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
 - d) Tipo: proceso
 - e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - f) Estándar: > 95%
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realizar estudio retrospectivo previo a la instauración del TDRA (mayo 2019)
 - Divulgar al personal de urgencias las indicaciones, el uso y manejo del TDRA (abril 2019)
 - Elaborar un protocolo de atención paciente pediátrico con FAA, actualizado y adaptado a las características del Hospital de Jaca, consensado entre los diferentes estamentos. (junio 2019)
 - Revisión y consenso del protocolo por todos los sanitarios implicados
 - Presentación del protocolo ante el Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca (septiembre 2019)
 - Recoger los datos tras implantación del proceso (noviembre 2019)
 - Comunicar los resultados al Hospital y Dirección. (diciembre 2019)
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Niños
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0632 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS POLENES DE HUESCA A TRAVES DE LA MEDICION DE LOS NIVELES ATMOSFERICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detectó la falta de información sobre las concentraciones de los tipos polínicos más alergénicos y frecuentes presentes en la atmósfera de la ciudad de Huesca. Poder conocer los niveles de pólenes atmosféricos, su estacionalidad, los picos de concentración y la duración de la estación polínica es muy útil en sanidad ambiental para intentar reducir los efectos de las alergias por pólenes. Las herramientas que proporcionan estos datos son los captadores de pólenes. En la ciudad de Huesca no se disponía de un captador de polen. El Comité de Aerobiología de la SEAIC (Sociedad española de alergología e inmunología clínica) tiene como objetivo potenciar la investigación en el área de la aerobiología (estudio de los pólenes y hongos que se encuentran en el aire) y polinosis (enfermedades alérgicas producidas por los pólenes). Este comité cuenta con una red de colectores formada por 54 estaciones aerobiológicas en todas las comunidades autónomas que permiten saber la información detallada de los niveles de pólenes en todas aquellas zonas donde se encuentran. Huesca no se había incorporado a esta red de colectores. Los recuentos se facilitan a través de la web www.polenes.com de forma totalmente gratuita y sin restricciones para todas aquellas personas interesadas (profesionales o pacientes).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los resultados que se espera conseguir son incorporarse a la red de colectores de la SEAIC para poder aportar datos sobre aerobiología y polinosis en la ciudad de Huesca disponibles tanto para pacientes como para profesionales interesados en disponer de esta información así como conocer cuáles son los pólenes más prevalentes en la ciudad de Huesca y así modificar si es preciso el protocolo de inhalantes testados en la consulta en base a los resultados obtenidos.
La población diana es Huesca

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Solicitar financiación para adquirir un captador Burkard
Solicitar financiación para realizar externalizar el análisis de las lecturas semanales de los recuentos de pólenes mientras no se disponga de personal entrenado en el reconocimiento de los tipos polínicos más importantes así como del transporte para que pueda realizarse dicho análisis.
Realizar un curso de palinología para saber reconocer los tipos polínicos más importantes desde el punto de vista alergológico. Para poder ejecutar esa acción se necesitaría un microscopio.
Colocar el captador de polen en el mejor lugar posible del Hospital San Jorge (lejos de edificios altos colindantes u otros obstáculos, así como de árboles muy próximos u otras fuentes de polen local) para que la captura sea lo más idónea posible.
Adquirir el compromiso de realizar las capturas de polen semanales mediante el cambio de tambor del captador.
Volcar semanalmente el análisis externo de las lecturas de los recuentos de pólenes en la página www.polenes.com
Comunicar a los pacientes y a la población de Huesca la disposición de dicha información en la web www.polenes.com a través de prensa y en consulta
Solicitar pertenecer al comité de Aerobiología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pólenes de gramíneas, olivo, cupresáceas, plantago, amarantáceas, platanus, urticáceas, betula respecto al total de polen detectado en cada estación del año
La fuente de datos es www.polenes.com

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El captador Burkard se consiguió en octubre de 2018, así como la financiación para realizar el análisis de las lecturas semanales por un botánico.
Desde octubre de 2018 la auxiliar de enfermería María SanVicente y la Dra. Rojas cambian el tambor del captador todas las semanas y lo entregan a un mensajero que viene a buscarlo para su análisis.
Desde enero de 2019 se vuelcan los datos del análisis de las lecturas de los pólenes en la página www.polenes.com.
El proyecto durará hasta el 31 de diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El captador Burkard y la externalización de las lecturas de los pólenes ya se han conseguido.
Se necesitaría realizar un curso de palinología y un microscopio para poder realizar las lecturas de los pólenes en el Hospital sin necesidad de externalizar esta actividad.

Proyecto: 2019_0632 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS POLENES DE HUESCA A TRAVES DE LA MEDICION DE LOS NIVELES ATMOSFERICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE CARMEN LLIMIÑANA ORDAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- FERRER GIMENEZ MARGARITA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- CORED NASARRE ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- BUENO MORENO ANTONIO. TEL. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las analíticas del Hospital de Jaca han sido procesadas durante los últimos años por un Laboratorio y personal externos que ofrecían sus servicios a dicho Hospital. Recientemente, este laboratorio ha pasado a formar parte del Sistema Aragonés de Salud, por lo que los servicios serán supervisados en su totalidad por el Laboratorio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca que funcionará como laboratorio de referencia. El Laboratorio es un Servicio Central con una función prioritaria de asistencia continuada, ofreciendo ayuda al diagnóstico, monitorización o tratamiento del paciente enfermo, para promocionar la salud e identificar factores o poblaciones de riesgo, con la máxima calidad técnica y humana, además de eficiencia económica. Este nuevo Laboratorio del Hospital de Jaca, supone una nueva proyección y desafío de trabajo para los profesionales del Servicio de ACBC del Hospital de Huesca en cuanto a instalaciones, adecuación de espacios, equipamientos y nuevas tecnologías, así como de organización para la correcta comunicación y funcionamiento en paralelo de ambos Laboratorios en sentido de áreas técnicas, calidad analítica, conocimiento y responsabilidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Puesta en marcha del nuevo Laboratorio en el Hospital de Jaca para la correcta gestión de la demanda y calidad analíticas, y aseguramiento de adecuadas prestaciones para este Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Planificación de:

- dotación tecnológica con selección de modelos clínicamente útiles, exactos y trazables (según adjudicación por Concurso Público 2018)
- adecuación de espacios y flujos de trabajo
- consenso de Cartera de Servicios
- pruebas y servicios de eficacia reconocida y efectividad demostrada ajustada en el tiempo (coste-efectivo)
- prestaciones de servicio en entorno establecido y planificado de calidad (elaboración de protocolos)
- áreas de responsabilidad de carácter transversal de calidad (pre, analítica y post), sistemas de información (SIL), formación continuada y docencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Medición de la calidad asistencial:

- Memoria de actividad del laboratorio de Jaca
- valoración de tiempo de respuesta analítica
- ajuste a la demanda
- incorporación de datos a SIL de Huesca
- determinaciones analíticas de las dos principales áreas urgentes de conocimiento: BQ y Hematología
- garantía de calidad: procedimientos consensuados, protocolos revisables, verificación de nuevos equipos (ajuste de CV%, ES% y ET% para cada técnica analítica)
- detección de fallos y necesidades

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019: valoración situación actual y toma de decisiones
- Abril 2019: implantación tecnología y puesta en marcha
- Proyecto dinámico con supervisión y mejora continua

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Dotación tecnológica aprobada por Concurso Público 2018
- Recursos humanos y materiales

Proyecto: 2019_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

- Infraestructuras y espacios

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología, determinaciones urgentes

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE AINOHA GARCIA CLAVER
• Profesión BIOQUIMICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• VALLES DIEZ IÑAKI. BIOQUIMICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• LAVIÑA FAÑANAS CONCHA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• GASTON DENA CLARA. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• MEDINA GIMENO RUT. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• PALACIN BURREL SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. Las mejoras en cuanto a instalaciones y equipamientos del laboratorio a consecuencia del Concurso Público del año 2018, suponen gran cantidad de cambios en cuanto a los procedimientos en vigor del laboratorio: sustitución de equipos, modificación de flujo de trabajo, redistribución del personal, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad adecuándolo a las reformas, de espacios y equipamientos, acontecidas en el Servicio durante el año 2019.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se deberán revisar y/o elaborar, al menos, la siguiente documentación:

De nivel II:

Revisar si algún cambio en el Laboratorio de Análisis Clínicos afecta a algo de Preanalítica, etc.
Actualización de registros pertinentes, por ejemplo: PG-01-1_HU(E)S_L Listado De Proveedores;
PG-01-2_HU(E)S_L Inventario Laboratorio Análisis, PG-01-3_HU(E)S_L Ubicaciones.
Modificación del PTG-01-7_HU(E)S_L Cualificación-Actividades Turno Rotatorio.

De nivel III:

PTE-01_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos.
PTE-01-1_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento de Equipos. PTE-01-2_HU(E)S_L-BQ Registro Mantenimiento de neveras/Congeladores.
PTE-01-3_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU5800.
PTE-01-4_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU-5800 Electrodo y Lámparas.
PTE-03_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento de Equipos AU 5800.
PTE-08_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento Automate 2500.
PTE-09_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos. Automate 2500. PTP-06_HU(E)S_L-BQ Recepción De Muestras.
PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Bioquímica General. PTA-28_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Fármacos PTA-29_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Hemoglobina Glicosilada PTA-03_HU(E)S_L-BQ Definición De Perfiles, Valores De Referencia, Valores De Alarma. PTA-04_HU(E)S_L-BQ Controles de Calidad. Bioquímica General y Fármacos. PTG-06_HU(E)S_L-BQ Plan de formación en urgencias.
PTG-07_HU(E)S_L-BQ Plan de contingencia.
Además, se tendrán que modificar y actualizar todos los registros derivados de los procedimientos citados anteriormente.

- Detectar nuevas necesidades en cuanto a procedimientos y/o registros, en las técnicas incluidas en el alcance de la acreditación.
- Realizar la verificación de los nuevos equipos instalados que estén implicados directamente en el alcance de la acreditación, estableciendo para cada uno de ellos y por cada técnica el coeficiente de variación (CV%), error sistemático (ES%) y el error total (ET).
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador: % de procedimientos revisados (>80%)

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión

Proyecto: 2019_0139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

por la dirección y auditoría externa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2019 se realizarán obras en el laboratorio, que reacondicionaran el espacio y se instalaran nuevos equipos como una cadena de automatización.

El calendario propuesto es el siguiente:

- Mayo-Agosto 2019: obras de acondicionamiento del nuevo laboratorio.
- Cuando se instalen los nuevos equipos, aunque no sea la ubicación definitiva, se podrá realizar la verificación de los mismos.
- Junio-Septiembre 2019: Revisión/elaboración de procedimientos.
- Octubre 2019: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Octubre 2019: Auditoría externa ENAC. Se valorará prorrogar la auditoría o una suspensión temporal de la acreditación en función de la evolución del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Todo lo previsto en el concurso del laboratorio resuelto en Febrero de 2019, en cuanto a obras, equipamientos y reactivos. Además, se precisará material de oficina fungible y fundamentalmente tiempo del personal para elaborar los procedimientos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“VERDE QUE TE QUIERO VERDE”: PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCIÓN Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

2. RESPONSABLE IÑAKI VALLES DIEZ
• Profesión BIOQUIMICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA CLAVER AINOHA. BIOQUIMICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• LLIMIÑANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• FERRER GIMENEZ MARGARITA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• SUBIAS LONCAN MARIANO. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

El Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca está actualmente inmerso en un proceso de remodelación de sus instalaciones.

Tras la reciente resolución de la convocatoria del concurso público para la provisión del laboratorio con nuevos equipos y metodologías de trabajo, se va a proceder a la realización de cambios, y la sustitución de los equipos actuales por otros más modernos, rápidos y capaces de dar una respuesta adecuada a la creciente demanda, por parte de los clínicos, de pruebas de laboratorio específicas.

Una de las secciones del laboratorio que se ven afectadas por estos cambios es la de Autoinmunidad. Hasta la fecha, en esta sección se ha realizado la detección de autoanticuerpos en muestras de suero, mediante la técnica de quimioluminiscencia (C.L.I.A.). Esta tecnología, claramente contrastada, tiene una calidad analítica alta y está muy extendida en distintos laboratorios. Sin embargo, todas las guías clínicas actuales coinciden en que, al menos para el cribado de autoanticuerpos antinucleares (A.N.A.s), la técnica de referencia debe ser la I.F.I., y posteriormente se pueden utilizar otras técnicas, como la C.L.I.A., para confirmar la presencia de autoanticuerpos específicos.

Por este motivo, consideramos que la remodelación del laboratorio puede ser aprovechada como una oportunidad para poner en marcha la técnica de I.F.I., con equipamiento y consumibles adecuados, en el estudio de pacientes con enfermedades autoinmunes. Los resultados obtenidos por I.F.I. complementarán a los obtenidos mediante C.L.I.A., técnica que seguirá estando presente en nuestro laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Puesta en marcha y valoración de la calidad analítica de un nuevo sistema automatizado de I.F.I. para la detección y cuantificación de autoanticuerpos en muestras de suero de pacientes con posibles enfermedades autoinmunes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Instalación de un sistema automatizado para la detección de autoanticuerpos mediante la técnica de I.F.I. Para ello se proveerá al laboratorio con el equipamiento técnico (analizadores), consumibles (portaobjetos con tejidos, controles, marcadores fluorescentes, etc.) y dotación informática adecuada (software, biblioteca/galería de imágenes, etc.) para el correcto procesamiento de muestras e interpretación de resultados.
- Formación (cursos, seminarios, demostraciones prácticas, etc.) del personal técnico y facultativo, a cargo de la empresa adjudicataria del concurso en la sección de Autoinmunidad.
- Valoración de la calidad de los resultados (sensibilidad, especificidad, imprecisión, valores predictivos, etc.) obtenidos en muestras de suero de pacientes y en controles de calidad internos, procesadas mediante I.F.I. Comparación con los resultados obtenidos mediante la técnica de C.L.I.A.
- Valoración de la posible inclusión de la técnica de I.F.I. en algún programa de control de calidad externo.
- Definición de los criterios clínicos y de laboratorio a tener en cuenta para la inclusión de las muestras en el estudio/cribado mediante la técnica de I.F.I., novedosa en nuestro laboratorio.
- Adecuación de la carga de trabajo real a los recursos materiales y humanos disponibles en nuestro Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de muestras de suero procesadas por I.F.I.
- Número absoluto y porcentaje de muestras negativas y positivas para distintas especificidades antigénicas, en muestras procesadas por I.F.I.
- Porcentaje de muestras procesadas por I.F.I. y por C.L.I.A., en el contexto de cribado y confirmación de resultados.
- Concordancia (%) de los resultados obtenidos por I.F.I. con los de C.L.I.A.
- Control de calidad interno y, si procede, también externo.
- Casos en los que los resultados de autoanticuerpos orientan al diagnóstico clínico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primavera-verano 2019 (empresa adjudicataria, y personal facultativo):

* Instalación de los equipos analíticos e informáticos, por parte de la casa comercial adjudicataria del lote de Autoinmunidad en el concurso.

Proyecto: 2019_0140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“VERDE QUE TE QUIERO VERDE”: PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCIÓN Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

- * Puesta a punto de las técnicas a desarrollar por I.F.I.
- * Formación, si procede, del personal técnico y facultativo.
- Verano-otoño-invierno 2019, y 2020 (personal facultativo):
- * Valoración de la calidad analítica de las técnicas mediante I.F.I.
- * Establecimiento de criterios para realizar cribado de muestras por I.F.I.
- * Adecuación de la carga de trabajo a los recursos técnicos y humanos.
- * Comparación de resultados obtenidos por I.F.I. con obtenidos por C.L.I.A.
- * Valoración de los resultados obtenidos en los controles de calidad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Humanos: Personal facultativo y técnico del laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge. Personal de la empresa adjudicataria del lote de Autoinmunidad.
- Materiales: Equipamiento técnico e informático, consumibles. A cargo de la empresa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES SEGURA ISARRE
• Profesión TCAE
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• OLIVAN BETRAN MARIA JOSEFA. TCAE. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• SOLANS BLECUA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
• CORED NASARRE ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a las incidencias ocurridas en el último año, se ha detectado una falta de descripción de puesto de trabajo, con su alcance y tareas a realizar. Este puesto de trabajo es único, pues debido a la reconversión de los puestos de auxiliar de enfermería ya solo queda este puesto y esta ubicado en una de las secciones más importantes del laboratorio, como es la sala de extracciones. Preparación de tubos especiales, curvas de glucemia, reposición de material, ubicación de materiales en almacén, localización de material, asistencia en sala de donantes, limpiezas, etc, son sus tareas y cuando viene una persona nueva a realizar la sustitución, no hay ningún documento que se pueda leer y sea referente en su labor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Que todas persona que realice la sustitución ó incidencia en este puesto de trabajo, pueda ampararse en un documento escrito para resolver dudas y saber sus tareas diarias, semanales ó mensuales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización del procedimiento de trabajo de este puesto. Se realizarán reuniones con las enfermeras y supervisora, para consensuar y definir las tareas a realizar. Este procedimiento será la guía de los sustitutos de este único puesto en el servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El auxiliar de enfermería titular diseñara un borrador con todas las tareas que realiza y será consensuado junto con las enfermeras y supervisora. Esta guía se irá modificando en sucesivas reuniones, hasta conseguir la definitiva. Tendremos en cuenta también las necesidades del nuevo laboratorio, se empiezan obras en Mayo y terminarán previsiblemente en Septiembre u Octubre, con la incorporación de una cadena común y la unificación de los laboratorios de análisis clínicos y hematología, se elaborara el procedimiento con estas nuevas necesidades. En Diciembre del año 2019, estará realizado e implantado el procedimiento de trabajo del puesto de auxiliar de enfermería en el laboratorio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Mayo a Junio, se diseñara el borrador y se realizarán reuniones con las enfermeras inmersas en el proyecto. Julio, Agosto y Septiembre, se tomarán notas de posibles innovaciones, pero serán meses sin reuniones pues estaremos en obras de los nuevos laboratorios. Octubre, puesto en común de las notas y borrador. Noviembre, elaboración del procedimiento definitivo. Diciembre, puesta en marcha.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Bloc de trabajo para registro funciones y también de reuniones. Se anotaran sugerencias, recomendaciones, obligaciones y conclusiones de cada reunión, hasta obtener el manual definitivo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0796 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POSTER INFORMATIVO REFERENTE AL TRATAMIENTO Y CONSERVACION DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA VIDAL MAYO
· Profesión TEAP
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MODREGO COMA ELENA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· ARROYO DIAZ MARIA DOLORES. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARASA PONZ LOURDES. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA CALDERON MARIA DEL MAR. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· PEDRERO GONZALEZ NOELIA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GRACIA FUERTES SANDRA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MONTON SANCHEZ ALICIA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el Servicio de Anatomía Patológica, se detecta una desinformación sobre las condiciones en las que se debe recoger las muestras, bien sea desde quirófano, consultas, centros de salud, hospitalización, urgencias....., si estas se deben remitir en formol, suero fisiológico, en fresco o si deben de estar sumergidas o solo fijadas, si se deben guardar a temperatura ambiente, estufa o nevera. Las condiciones optimas de recogida y conservación harán que un resultado sea correcto o no.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La realización de un poster informativo que servirá de guía a todos los servicios y facilitará el trabajo a todo el personal. Será esquemático con fotos de los contenedores, características de la conservación, medios líquidos adecuados en los que depositar la muestra y hoja de cumplimentación para la trazabilidad. El objetivo final de este poster es la unificación de criterios en el tratamiento y conservación de las muestras para obtener un optimo resultado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración del poster con fotos de los contenedores y líquidos adecuados para conservación de la muestra, temperatura en la que se deben conservar, hoja de trazabilidad con el lugar donde se deben anotar las observaciones e incidencias. Una vez realizado el poster, se enviará a cada servicio del Hospital San Jorge, Urgencias, Centros de Salud, Hospital de Jaca y Hospital Sagrado Corazón para que sirva de guía rápida y facilite el trabajo a los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar una reunión con todo el servicio de Anatomía Patológica, patólogos, TEAP, supervisora y administrativos para puesta en común de los puntos fuertes y errores más frecuentes en la recepción de las muestras.

Los indicadores serán los siguientes:

Reunión con el personal del servicio: SI/NO

Realización del poster: SI/NO

Comunicación a los centros implicados de la realización del poster y envío del mismo con acuse de recepción: SI/NO

Numero de posters/total servicios>80%

Elaboración de la encuesta de satisfacción: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo y Abril del 2019; programar reunión del servicio, Patólogos, TEAP, Supervisora y Administrativos, para diseñar el poster.

Mayo a Junio del 2019; realización del poster.

Julio 2019; envío del poster a todos los centros.

Noviembre 2019; elaboración de la encuesta de satisfacción.

Diciembre del 2019; envío de la encuesta de satisfacción a todos los servicios sobre la publicación del poster.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Realización de 30 posters en color

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0796 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POSTER INFORMATIVO REFERENTE AL TRATAMIENTO Y CONSERVACION DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de muestras que se envían al servicio de anatomía patológica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0823 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CASADO GONZALEZ
· Profesión TEAP
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BRAVO JUAREZ AINOHA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· PONCE VIÑA VANESSA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MOLINERO PEREZ JOSEFA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· PAGES COLOMA ROSA ANGELA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· FERNANDEZ TAULES CRISTINA. TEAP. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado en la unidad la falta de procedimientos de trabajo escritos y consensuados de las distintas secciones del laboratorio. El objetivo para este año es trabajar en calidad, para conseguir la acreditación del laboratorio de Anatomía Patológica en la norma ISO 15189.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realización de los procedimientos de trabajo de las diferentes secciones para que sirvan de guía para todos los TEAP del servicio y los de nueva incorporación. En Diciembre del año 2019 deben estar elaborados los procedimientos de trabajo de las secciones de macro, corte, citología, inmunología y molecular. Todo el personal TEAP trabajará de igual manera, con los mismos protocolos y utilizando los mismos tiempos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La TEAP responsable de la sección en la actualidad, diseñara un borrador que será el que nos servirá de guía para elaborar el procedimiento de trabajo definitivo. Este borrador se pasará por todos los TEAP del servicio para que aporten, supriman o modifiquen su contenido. Cada uno resumirá su procedimiento de trabajo. Se establecerá un calendario con fechas para posteriores reuniones y puestas en común hasta llegar al procedimiento definitivo. El último paso será la aprobación por parte de los patólogos y el jefe de servicio de cada uno de los procedimientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Que el 90% de los TEAP y Patólogos realicen las revisiones de los procedimientos.

Realización de una hoja Excel para registro de revisiones. SI/NO

Que estén realizados al menos 4 procedimientos de trabajo, para su implantación en el servicio al finalizar el año 2019. SI/NO

Elaboración de una encuesta sobre la clarificación y buen uso del procedimiento de trabajo por parte de los TEAP de nueva incorporación. SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo a Mayo: realización del boceto del procedimiento y revisiones por parte del personal TEAP del laboratorio de Anatomía Patológica. Las administrativas realizarán una hoja Excel con registro de revisiones.

Junio a Septiembre: reuniones para consensuar las sugerencias, errores, optimización de tiempos y clarificación de tareas.

Octubre y Noviembre: elaboración y publicación de los procedimientos de trabajo definitivos, revisados por los patólogos y jefe de servicio.

Diciembre: diseño y presentación de la encuesta a los trabajadores de nueva incorporación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

CARPETAS PARA GUARDAR LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN CADA SECCION

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SE TRABAJA CON MUESTRAS RECIBIDAS EN EL SERVICIO

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0849 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y DINAMIZACION DE LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
- GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
- MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
- RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es un marcador de calidad asistencial que el tiempo entre el diagnóstico de un carcinoma de mama y el inicio del tratamiento sea inferior a un mes. No obstante en nuestro hospital se ha constatado que esa cifra se supera, con tiempos medios de demora superiores a 60 días. Esta cifra se ha obtenido de la información proporcionada desde codificación y registro de tumores. Uno de los puntos críticos es el tiempo hasta la derivación a RMN. Nos parece una situación mejorable para ganar en calidad asistencial. Ello nos ha hecho modificar el funcionamiento interno de los servicios implicados para reducir estas demoras para ajustarse a las recomendaciones. Estos cambios creemos que ayudarán a mejorar en el corto, medio y largo plazo, con un mínimo gasto asociado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es que el tiempo biopsia-derivación a RMN sea inferior, de media, a los 15 días.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En primer lugar se va a llevar a cabo una labor de concienciación con radiólogos y celadores para que en las biopsias de mama con sospecha BIRADS 4B, 4C y 5 se remitan en cuanto se obtengan al servicio de Anatomía Patológica, a ser posible antes de las 11:30 para un procesamiento ese mismo día.

Se comunicará la situación a los patólogos y TEAP para que ante la llegada de las biopsias antes mencionadas se incluyan y procesen con celeridad.

Se comunicará a los TEAP la necesidad de considerar estas biopsias como urgentes, por lo que corten y tiñan en primer lugar.

Se concienciará a los patólogos de la necesidad de emisión de informes parciales, con posterior adición del estudio inmunohistoquímico complementario.

Se concienciará a los patólogos para que en cuanto tengan un diagnóstico de carcinoma infiltrante o intraductal lo firmen, para que aparezca en la historia clínica electrónica, y se imprima para su remisión a la consulta de Unidad de Patología Mamaria y/o consultas 21 y/o 23.

Se informará a las secretarías de la importancia de su labor y del envío de los informes imprimidos por los patólogos a las consultas anteriormente referidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Teniendo en cuenta que el hospital no cuenta con RMN actualmente y, por tanto, no tiene un control amplio sobre este objeto, el mejor indicador será el tiempo medio entre la toma de la biopsia y la derivación a RMN.

El objetivo que este intervalo no supere, de media, los 15 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se iniciaría en el segundo trimestre de 2019, finalizando un año después. Transcurridos 6 meses se procederá a valorar la marcha del proyecto, introduciendo, si es necesario, medidas correctoras de disfunciones. Los responsables de la implantación serían los FEAs de Anatomía Patológica y de la consulta de UPM/consultas 21 y/o 23.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios son mínimos, ya que no se requiere la adquisición de ningún equipamiento ni un aumento relevante de ningún reactivo o producto. Únicamente se debe modificar la forma de trabajar.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0010 (Contrato Programa)

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

2. RESPONSABLE MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La valoración del paciente con cataratas para cirugía se lleva a cabo con: visita preoperatoria y pruebas complementarias (Rx.Torax, ECG, analítica general y estudio de coagulación) igual que para otro tipo de cirugía más grave y compleja.

Vamos a definir, de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, cuales son susceptibles de evitarnos una parte importante del preoperatorio sin incrementar riesgos para paciente ni facultativos.

Los pacientes se van a dividir en dos grupos, según decisión de oftalmología, en aquellos que según las características de la catarata sean susceptibles de realizarse con anestesia tópica o locorregional.

En caso de tópica se realizaría: ECG y visita preanestésica; no suspensión del tratamiento anticoagulante/antiagregante

En caso de locorregional: ECG, Rx. Torax, analítica completa y visita preanestésica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Esperamos reducir el gasto (menos radiografías, analítica general, estudio de coagulación) y el tiempo de consulta preanestésica

La población diana son todos aquellos pacientes que deben de ser intervenidos de cataratas; una vez detectados los pacientes susceptibles de la anestesia tópica incluirlos en un circuito específico, y a los de anestesia locorregional seguir con el circuito habitual.

En el proyecto estarán involucrados: oftalmología, anestesia y reanimación, enfermería de consultas y quirófano, admisión-LEQ

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Información a todos los miembros de los servicios de Oftalmología, Anestesia y Reanimación, Enfermería de consulta y enfermería de quirofanos, y admisión-LEQ.

Oftalmología una vez indicada la intervención quirúrgica y la posible técnica anestésica, comunicará a admisión-LEQ para que lo registren con la modalidad anestésica elegida y se cite para la visita preanestésica; anestesia hará su valoración y dará el visto bueno para que se cite para la intervención quirúrgica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de cataratas con anestesia tópica y con la nueva valoración preoperatoria contra el total de pacientes que precisan cirugía de cataratas.

% cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas = $o > 60\%$

Porcentaje de suspensión de pacientes con preoperatorio correcto y que se suspenden por causas ajenas a anestesia (situaciones no previsibles)

% pacientes suspendidos/total de pacientes = $o < 6\%$

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Final de Enero reunión de los implicados en la puesta en marcha del proyecto: oftalmología, anestesia-reanimación, enfermería y admisión-LEQ. Llegar al acuerdo de: modo de realizar el circuito, información a admisión-LEQ y llegada a preanestesia.

Primera quincena de febrero puesta en marcha del proyecto, a nivel práctico, entre consulta de oftalmología y consulta de preanestesia.

Segunda quincena de marzo, nueva reunión de los servicios implicados y reevaluación del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN EL ADULTO? PREVENCION Y ACTUACION

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAJAR SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVAN LAFUENTE BLANCA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO ESTRADA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El motivo de la creación de este proyecto radica en la importancia que las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) pueden tener en la recuperación postanestésica; así como en la confortabilidad, seguridad, aumento de las tasas de ingreso hospitalario y el aumento del gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El principal objetivo es la estratificación del riesgo preoperatorio desde la consulta de anestesia de NVPO de los pacientes candidatos a cirugía (tanto mayor como menor) y el desarrollo de pautas y protocolos unificados que permitan tanto la profilaxis como el tratamiento de las NVPO; y de esta manera intentar disminuir la incidencia y sus posibles complicaciones en la Unidad de Recuperación Postanestésica y posteriormente en las plantas de hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En primer lugar realizaremos una correcta y amplia búsqueda bibliográfica de los principales factores etiológicos de NVPO para intentar tener una base basada en la evidencia que nos ayude a la elaboración de protocolos y pautas de actuación. Consideramos que será de gran ayuda que el resto del Servicio de Anestesia como del resto de servicios quirúrgicos sean informados de la creación de este grupo para de manera multidisciplinar aportar nuestra experiencia acerca del tema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Elaboración de protocolo de estratificación de riesgo preoperatorio para NVPO.
-Elaboración de protocolo de profilaxis de NVPO.
-Elaboración de protocolo de tratamiento de NVPO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Para la recopilación de información, bibliografía, así como la revisión de protocolos previos de nuestro hospital; se establecerán reuniones periódicas a definir y concretar con los miembros del grupo, y posteriormente, con la información recogida y evaluada se procederá a la puesta en marcha de los protocolos y pautas mencionados. Señalamos un año para la realización de dichas tareas, proponiendo revisión en febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención al paciente quirúrgico
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

2. RESPONSABLE BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAJAR SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLINA TRESACO PAOLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO ESTRADA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· BERGUA SALAS LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
· ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La CPPD es una complicación mayor frecuente tras anestesia epidural, especialmente en obstetricia. La mayoría de las ocasiones es una complicación benigna y autolimitada, pero sin un control adecuado y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

En el servicio de Anestesia, con este proyecto, se realiza un registro de los casos de CPPD, a través de una hoja diseñada expresamente para el mismo, y se lleva a cabo un seguimiento y tratamiento individualizado de cada paciente, disminuyendo así la posibilidad de que se produzcan complicaciones mayores.

Este proyecto surgió de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.
- Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.
- Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.
- Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
 - Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
 - Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
 - Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
 - Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
 - Estudio de resultados.
- Se esta llevando a cabo desde junio de 2018.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se ha diseñado una hoja de recogida de casos en la que quedan registrados lo siguiente:

- Datos del paciente (etiqueta)
- Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
- Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
- Náuseas y/o vómitos.
- Fotofobia.
- Focalidad neurológica.
- Necesidad de reposo absoluto.
- Inicio de deambulación.
- Duración en días de la sintomatología.
- Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
- Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

Desde junio de 2018 se han registrado un total de 4 casos de CPPD a lo largo de estos 8 meses. Todos ellos, han recibido seguimiento y control diario de la sintomatología por parte del Servicio de Anestesiología. En ninguno de los casos se han constatado consecuencias más graves asociadas a la cefalea. Todos los casos han sido autolimitados y se han podido controlar con analgesia convencional, sin requerirse técnicas invasoras como el parche hemático.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en junio de 2018. Recogida de datos hasta el momento actual (8 meses).
Previsión de continuar para registrar los casos/año.

Proyecto: 2019_0056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

9. RECURSOS NECESARIOS.
Hoja de registro de datos diseñada para este proyecto con los indicadores descritos en el punto 7.
Control diario y archivo del mismo, por parte de anestesiólogo de guardia.
Análisis de resultados de datos en sesión de manera trimestral y al finalizar el año.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0537 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS CARRION PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· LABENA BERNAL ROSA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· LACASTA PASCUAL BELEN. ENFERMERO/A. H JACA. ANESTESIA Y REANIMACION
· GRACIA CORTES LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ FAU ALMUDENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· RAMIREZ GABAS ROCIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· TRULLENQUE RUIZ MARIAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente no existe la especialidad de Enfermería de Anestesia, aunque algunos aspectos están recogidos dentro de la especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, sin embargo las funciones y cuidados que una Enfermera de Anestesia debe realizar requieren una cualificación muy específica.

Con este programa pretendemos dar a conocer los aspectos más relevantes del trabajo diario de Enfermería de Anestesia en quirófano, URPA, o en cualquier otro área fuera del quirófano donde se requiera nuestra actuación, todo ello, con un enfoque eminentemente práctico.

Debido además a las características laborales de este sector donde hay más eventualidad, o es habitual su desarrollo asistencial en áreas diferentes al quirófano, es más necesario si cabe, la actualización de los principales conceptos, para homogeneizar criterios de actuación y formación.

El poder realizar una actualización sobre los temas más relevantes de la Anestesia, creemos que repercute directamente en la seguridad y confort del paciente, aumentando así de forma directa la calidad asistencial

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Servicio al que va dirigido: Enfermería de Anestesia

Resultados que se esperan conseguir:

Realizar una actualización de los conceptos teóricos de las áreas de la Anestesia y Reanimación y del Tratamiento del dolor.

Repasar conocimientos y habilidades prácticas en los siguientes ámbitos:

- La organización del quirófano
- Fundamentos y técnicas de monitorización en los procedimientos anestésicos
- Fármacos más empleados en Anestesia y el material de Vía Aérea
- Actuación en situaciones críticas
- Monitorización y cuidados del paciente en la URPA, y complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Con el fin de lograr los objetivos propuestos, se oferta un curso de actualización formativa para los profesionales sanitarios de enfermería. El curso estará basado en unas jornadas de formación teórica asociadas a unas sesiones de actividades prácticas en los quirófanos del Hospital San Jorge de Huesca. Para su impartición se dispondrá del personal docente y del material informático necesarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES DE RESULTADOS: Se cuantificará el grado de éxito y seguimiento de la actividad una vez concluida.

- Número de profesionales inscritos.
- Porcentaje de alumnos que han superado el curso.
- Satisfacción con el curso/profesorado

INDICADORES DE IMPACTO: Se evaluará como la formación influye en la mejora del desempeño profesional de los participantes.

-Indicador de Seguridad: Evaluar el conocimiento del material anestésico y la así como la verificación de su intravenamiento (laringoscopia, aspirador, respirador anestésico). Evaluar si se conocen los diferentes fármacos intravenosos más utilizados así como los sistemas de etiquetado de jeringas. Evaluar si el etiquetado se realiza de forma sistemática.

- Indicador de Organización/Secuencia: Evaluar si se conoce la secuencia de las diferentes fases perioperatorias y anestésicas que sigue un paciente quirúrgico, así como la diferentes actuaciones de los profesionales en cada

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0537 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA

una de estas fases.

-Indicador de Efectividad/Optimización del trabajo: Se conoce el material a preparar en función del planteamiento anestésico para cada paciente (Anestesia raquídea, anestesia general, analgesia locorreional) así como en cada fase anestésica (inducción, mantenimiento, educación). Se conoce el plan a seguir en situaciones críticas (conseguir la disponibilidad de un desfibrilador, llevar a cabo las órdenes de un líder, mantener la calma...)

-Indicador de Incidentes: Contabilizar los incidentes críticos que pudieran suceder (error en la carga de medicación, en la comunicación entre profesionales...)

- Indicador de Satisfacción: Evaluar si el profesional sanitario siente trabajar con mayor seguridad y confianza.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración estimada de la actividad es de 10 jornadas laborables, del 6 al 17 de Mayo 2019

Jornada 1: Formación teórica (cuatro horas lectivas): en ellas se expondrán los conceptos teóricos necesarios para aplicar a la práctica en quirófano, repartidos en 4-5 sesiones/ bloques, cada uno de ellos impartidos por uno de los FEA de Anestesiología adscritos a este programa de formación y una representante de Enfermería.

Jornadas 2 a 10: Formación práctica: cada alumno acudirá durante dos días al Hospital San Jorge de Huesca en horario de mañana y permanecerá en quirófano con uno de los FEA de Anestesiología y/o enfermería adscritos al programa para ver el funcionamiento del mismo y las diferentes fases de la labor anestésica/técnicas anestésicas y adquirir habilidades prácticas de enfermería asociadas a ellas.

Jornada 10. Evaluación del programa: el alumno deberá realizar el último día del programa el cuestionario de Autoevaluación del mismo, que será recogido por los organizadores y formará parte de la evaluación de la actividad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula habilitada con material audiovisual (PC, televisión...)

Material de Vía Aérea, Vía Aérea Dificil, y diferentes materiales utilizados en Anestesiología (disponibles en quirófanos del Hospital San Jorge)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías Quirúrgicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

2. RESPONSABLE MARTA FERNANDEZ GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAJAR SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GRACIA CORTES LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VIÑUALES ARMENGOL CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· SALCEDO LAGLERA ARACELI. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, la prescripción de analgésicos en el postoperatorio por parte del anestesiólogo se realizado en formato de papel. Existe la necesidad de prescribir todos los fármacos que precisa el paciente vía electrónica a través del programa Farmatools del Hospital San Jorge. De esta manera se minimizan los errores de transcripción, se evita duplicar fármacos (que un fármaco está a la vez en formato electrónico y en papel), se visualiza más claramente las alertas de alergias (impidiendo prescribir electrónicamente fármacos que hay que evitar en el paciente), y se facilita la reposición de fármacos desde el servicio de Farmacología del hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se espera conseguir que las prescripciones analgésicas del periodo postoperatorio inmediato, por parte de los anestesiólogos, cambien del formato papel al formato electrónico.

La población diana englobaría a todo paciente postoperado

El proyecto va dirigido al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital San Jorge

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se realizará una recogida de datos de las prescripciones analgésicas postoperatorias que se utilizan en el Hospital San Jorge, utilizando la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo (UDA)
- Se identificarán las pautas analgésicas más frecuentes
- Reunión con los facultativos de Farmacología para elaboración de las pautas analgésicas adecuadas al formato de Farmatools
- Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear para la prescripción analgésica
- Simultáneamente, elaboración de pautas analgésicas de rescate de dolor y de rescate de emesis, que irán asociadas a las pautas analgésicas
- Sesión clínica en el servicio de Anestesiología junto al de Farmacología para informar de la incorporación de pautas en Farmatools y recordar el acceso y modo de empleo de la aplicación Farmatools
- Se añadirá a la base de datos de la Unidad del Dolor, el ítem de "prescripción electrónica SI o NO"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores: Porcentaje de prescripciones electrónicas= nº de prescripciones electrónicas / total de prescripciones x 100

Evaluación: al final del primer año se espera alcanzar un mínimo de 20% de prescripciones electrónicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante los primeros tres meses (mayo- julio 2019):

- recogida de datos e identificación de las pautas analgésicas más frecuentes, por parte de la Dra. Nájar
 - Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear (Dra. Fernández,)
 - Incorporación de las pautas analgésicas en Farmatools (Dra.Viñuales)
 - Incorporación de nuevo ítem de prescripción electrónica en la base de datos de UDA (Dr. Carrión)
 - Sesión clínica en el servicio de Anestesiología para formación en el uso de Farmatools (Dra. Viñuales)
- Fecha prevista de inicio de la prescripción electrónica por parte de los anestesiólogos: septiembre 2019
Recogida de datos, de septiembre 2019 a septiembre de 2020, en relación al número de prescripciones electrónicas realizadas: equipo de enfermería de la UDA (MV. Palacín, R. Caja, A. Salcedo)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Con los recursos existentes es posible llevar a cabo el proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente postoperado
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- SANCHO GRACIA NOEMI IVANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras realizar la redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización de una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza, la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 acepta la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser (EVLA). Una vez se puede iniciar la terapéutica endovenosa de la insuficiencia venosa de miembros inferiores, es pertinente realizar un estudio de la efectividad de la misma a pesar de que lleva implantada en el arsenal de los cirujanos vasculares desde hace casi 2 décadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Según el I.N.E. la provincia de Huesca tiene 221.079 habitantes, por lo que si su prevalencia es del 16,4%, el número de potenciales usuarios que se beneficiarían de esta técnica sería de 36.257. Se esperan obtener tasas de oclusión de los ejes safenos al año superiores al 95%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (superior al 95%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de proyecto Marzo:2019. Fin de proyecto: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto se inició el año pasado, pero debido a las múltiples trabas administrativas para la adquisición de la tecnología necesaria para tratar las varices mediante termoablación con láser (EVLA), los resultados clínicos se obtendrán este año.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0337 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

2. RESPONSABLE NOEMI IVANA SANCHO GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- INGLES SANZ CRISTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La insuficiencia venosa es una enfermedad mas comunes en el mundo occidental con una prevalencia del 17-26% de la población acompañándose de una alta comorbilidad y con importante disminución de la calidad de vida de los pacientes. Suponen un 6% de las consultas de atención primaria y un 90% de ellas son por patología venosa. Esta situación supone un importante problema a nivel medico y económico. Ante esta perspectiva es nuestra obligación ofrecer las medidas terapéuticas más acertadas, menos costosas y más eficaces para resolver este problema de salud, con la intención de influir y recuperar de forma rápida y oportuna no sólo las condiciones clínicas sino también la calidad de vida de los afectados por esta patología. Es esencial el establecimiento de una red de colaboración entre atención primaria y especializada, para optimizar el manejo y prevención de las úlceras crónicas en nuestra área sanitaria. Es en este punto, donde también entra en juego el conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad, que va a tener una repercusión directa en la adherencia que este tenga al tratamiento indicado y, por tanto, en el éxito del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es mejorar la información del paciente con patología venosa, tanto de las opciones a nivel quirúrgico como el no quirúrgico, el cual va a mejorar la calidad de vida de los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento indicado y favorecer así la prevención de las complicaciones propias de los estadios finales de la enfermedad. También en la misma línea queremos colaborar con atención primaria en el mejor manejo del paciente y poder disminuir la presión y demora en nuestras consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizara un documento informativo para apoyar las recomendaciones dadas en consultas a nuestros pacientes, donde se explicaran las recomendaciones mas actualizadas y efectivas en el ámbito higiénico dietético, los tratamientos posibles y tablas de ejercicios para mejorar la calidad de vida y síntomas propios de la enfermedad, evitando las consecuencias nefastas de la insuficiencia venosas como úlceras en los estadios mas avanzados. Con ello se prevé mejorar la calidad e información del paciente, evitar complicaciones secundarias y conseguir un mejor cumplimiento del tratamiento. En la posterior revisión se realizara una encuesta mediante una escala de gravedad clínica de la EVC para valorar la mejoría clínica del paciente posteriormente. Así mismo se apoyara a los médicos de atención primaria a través de la interconsulta virtual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se valorara la correcta adhesión al tratamiento en las consultas realizadas como revisión, evaluando la mejora de calidad de vida mediante la valoración de varios ítems antes y después al inicio de tratamiento pautado apoyado con el documento informativo: edema, pigementacion, dolor y lesiones en piel así como comprobar el uso de la terapia compresiva.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista será de una año. Los responsables de su implantación será los facultativos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge de Huesca. Fecha prevista de inicio: Marzo 2019. Fecha prevista de finalización: Marzo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesitara elaborar un documento informativo, recopilando información clara y actualizada, de forma sencilla y con gráficos añadidos de las recomendación en el tratamiento como apoyo en consultas externas, así como explicar falsos mitos y consecuencias finales de la enfermedad. Se precisa otro documento para rellenar por el paciente analizando los ítems analizados para valorar la mejoría. Una vez realizado se precisa impresión de estos documentos para administrar a los pacientes en las consultas. De forma paralela se realizara diariamente la revisión de las interconsultas virtuales de atención primaria para facilitar el manejo de dicha patología y evitar derivación innecesarias y poder establecer prioridad a situaciones que requieran una actuación preferente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0337 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

2. RESPONSABLE ANA MARIA MIGUEL SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO GRACIA NOEMI IVANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· INGLES SANZ CRISTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La falta de recursos para la realización de procedimientos endovasculares en nuestra Unidad crea la necesidad de derivar pacientes a los hospitales de referencia de otra provincia. La presión asistencial que ya de por sí sufren dichos servicios se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector. En el año 2018 la cifra de pacientes derivados fue de 67 en total siendo 60 de ellos para la realización de procedimientos endovasculares. Los otros 7 pacientes fueron derivados para cirugía abierta convencional en la mayoría de los casos por falta de personal facultativo. El 26.8% de los pacientes estaban ingresados y un 17.9% precisaban una atención preferente. Los tiempos de demora fueron variables y en algunos casos prolongados ya que estos pacientes se suman a la lista de espera de dichos hospitales. La unidad cuenta con personal cualificado y formado para la realización de este tipo de procedimientos, pero no cuenta con los recursos materiales necesarios. La adquisición de estos medios y materiales mejoraría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio lo que ocasiona gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana a la que va dirigida el proyecto son los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología. Con el control telemático de estos pacientes se pretende valorar la posibilidad de ofertar dichos procedimientos como mejora de la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En la Cartera de Servicios de nuestra unidad están incluidas:

- Arteriografía perioperatoria (pre-intra-post)
- Técnica endovascular de angioplastia simple
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent recubierto (endoprótesis)
- Técnica endovascular de injerto endoluminal con endoprótesis
- Técnica endovascular en el síndrome isquémico femoropoplíteo y distal

El personal facultativo que en la actualidad forma la unidad está formado y cualificado para desarrollar este tipo de técnicas por lo que los recursos necesarios serían sólo materiales, aunque deberían realizarse actividades de formación para el personal de enfermería quirúrgica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para el desarrollo del proyecto se va incluir en una hoja de cálculo los siguientes datos:

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización

Con estos datos podemos obtener información sobre los tiempos de demora y hacer un estudio y seguimiento detallado de los pacientes derivados. Se valorará la posible mejora en la atención de los pacientes al realizar los procedimientos descritos en nuestra unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista para el desarrollo de este proyecto es desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019. Cada mes se realizará una recogida de datos sistemática de los pacientes derivados por todos los miembros de la unidad y la persona responsable del proyecto será la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales.

Proyecto: 2019_0432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA AZNAREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- ARTERO BELLO PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- ANORO CASBAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- LIESA PELAY LORENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Identificamos una falta de entrenamiento y elevado nivel de incertidumbre en el proceso de atención cuando se produce la situación de la parada cardiaca en nuestra planta, que se concretaba en tiempos de respuesta prolongados, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Por eso desarrollamos en 2018 el proyecto RCP fitness, con evidente mejoría de los tiempos y procesos de actuación y satisfacción por parte del equipo de planta, quienes demandan dar continuidad al proyecto para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y para realizar mejoras en la organización de la atención en la planta. Planteamos un proyecto continuado de entrenamiento periódico y mejora de proceso, por la rotación de personal tanto en turnos como en contratos, que hace que la atención a esta patología no sea habitual

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestros objetivos son mantener los tiempos de respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en planta de Cardiología por debajo de los estándares de calidad (4 minutos para RCP básica, 8 minutos para RCP avanzada), acortándolos en la mayor medida posible mediante entrenamiento del personal y estandarización de procesos. Pretendemos realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado. Queremos organizar un teléfono único de atención a la PCR intrahospitalaria, conjuntamente con el servicio de Cuidados Intensivos. Asegurar la correcta realización de las maniobras de resucitación
Disminuir el estres percibido por el personal ante la situación para lograr puntuaciones de 1-2 en una escala de estres percibido del 1 (nada de estres) al 4 (mucho estres)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Pretendemos realizar un entrenamiento semestral (al menos) mediante simulacro sorpresa de PCR en planta, con muñeco, implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. El simulacro será supervisado con toma de tiempos y análisis del procedimiento mediante check list y video
Tras los simulacros realizaremos una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día
Pasaremos una encuesta para valorar el nivel de estres percibido

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nuestros indicadores de calidad serán los tiempos de respuesta a la parada cardiaca (tiempo al aviso, al inicio de la RCP básica, por debajo de los 4 minutos y con mejoría progresiva, desfibrilación, llegada del médico, RCP avanzada, por debajo de los 8 minutos y con mejoría progresiva), la comprobación de la corrección técnica mediante check list, lograr un nivel de estres aceptable para la situación (1-2 en escala de 1 a 4) y la consecución de los objetivos específicos: asignación de roles y teléfono único

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Lo planteamos como proyecto de seguimiento por el recambio del personal en relación con la frecuencia de suceso del evento, con realización de al menos dos bloques anuales (simulacro, puesta en común y sesión formativa). Los objetivos deben mantenerse siempre dentro de los estándares de calidad. El documento de roles y el teléfono único son objetivos para el primer año

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesita el muñeco simulador, el aula de la planta y el tiempo dedicado a cada simulacro y sesiones formativas, que se organizan según la carga asistencial.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0454 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0873 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACION DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSION PERIODICA DE DIURETICOS E INOTROPOS

2. RESPONSABLE ELENA RIVERO FERNANDEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - MARQUINA BARCOS ADOLFO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - ALINS REMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - PUYAL CASTAN CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - VADILLO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
 - SAMPER SECORUM CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad con una elevada prevalencia alcanzando el 1-2% de la población adulta. Dicha prevalencia se incrementa con la edad, superando el 10% en mayores de 70 años, y constituye la causa más frecuente de ingreso en nuestro medio. La hospitalización por insuficiencia cardiaca tiene una elevada mortalidad (50% en 5 años desde el comienzo de la enfermedad) y conlleva un gran número de reingresos (entre un 40-50% en el primer año). El coste económico de la enfermedad es elevado debido al gran número de ingresos y a lo prolongado de los mismos con frecuentes complicaciones. Todo ello justifica la organización asistencial de la insuficiencia cardiaca que permita un seguimiento continuo de la enfermedad, optimizando el tratamiento y las comorbilidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca, optimización del tratamiento, disminución de los reingresos y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación de una consulta específica de insuficiencia cardiaca con un cardiólogo y una enfermera especializados.
- Realización de ingresos programados periódicos para infusión de diuréticos/inotropos intravenosos.
- Coordinación con Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de referencia (H. Miguel Servet) para valoración de pacientes candidatos a terapia de resincronización cardíaca y trasplante cardíaco.
- Consulta de enfermería para educación sobre hábitos dietéticos y autocontrol de síntomas.
- Atención telefónica a los pacientes para consultas sobre síntomas y modificaciones de tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes visto en la consulta del médico.
- Número de pacientes vistos en la consulta de enfermería.
- Número de pacientes ingresados de forma programada para infusión de diuréticos/inotropos.
- Número de llamadas telefónicas atendidas en la consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero 2019: Formación de médico+enfermera en una unidad de insuficiencia cardiaca (Hospital Arnau de Vilanova)
Marzo 2019: Apertura de la consulta de Insuficiencia cardiaca (médico+enfermera).
Inicio ingresos programados para infusión de diuréticos/inotropos.
Mayo 2019: Apertura de consulta de Insuficiencia cardiaca de enfermería.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 2 Médicos y 1 enfermera especializados en Insuficiencia cardíaca.
 - 1 consulta de 8-15 horas a la semana.
 - Cama de hospitalización con monitorización continua de 8-16h para la infusión de diuréticos/inotropos iv.
- El número de camas y la periodicidad dependerán de las necesidades de los pacientes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_0873 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACION DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSION PERIODICA DE DIURETICOS E INOTROPOS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE PILAR ARTERO BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALINS RAMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· GRACIA AZNAREZ MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· BRUN GUINDA DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CORTES IZAGA MARIA. MIR. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes, prestado después de recibir una información adecuada y que cómo regla general se realizarán de forma verbal, con las siguientes excepciones, en las que será escrito: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.

En Cardiología se realizan múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos que cumplen éstos requisitos y por lo tanto precisan el documento del consentimiento informado, como por ejemplo el implante de marcapasos definitivo, realización de cardioversión eléctrica, prueba de esfuerzo, ecocardiograma de estrés, etc.

En los últimos años ha habido varios estudios y trabajos sobre la calidad formal de éste documento en nuestro país, añadiendo varios criterios que deben cumplir este documento.

Revisando los documentos de consentimiento informado actualmente vigentes en nuestro servicio hemos observado que llevan varios años sin actualizarse y que la mayor parte de ellos tienen defectos, además parte de ellos son anteriores a la publicación de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente que clarifica algunos aspectos recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, como el ámbito de las intervenciones en las que se debe obtener el consentimiento o los requisitos que éstos deben cumplir.

Dada la importancia que tienen éstos formularios en el proceso de información médica, es necesario garantizar su calidad, por ello es importante y útil nuestro proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Una vez se actualicen todos los documentos de consentimiento informado, se espera que el paciente pueda recibir una información de mejor calidad.

Se espera que los documentos cumplan con los criterios de calidad establecidos por publicaciones anteriores, normativa vigente y nuestra sociedad científica (la cuál publica cada cierto tiempo una serie de documentos actualizados)

Este proyecto va dirigido a todos los pacientes a los que se les vaya a realizar un procedimiento en el servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca y precise de éste documento previo a su realización y por lo tanto, para que todos los médicos que soliciten dicha prueba puedan acceder a él, va a estar disponible en formato electrónico en intranet

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para lograr los objetivos, el equipo de trabajo formado por dos personas del servicio de Cardiología vamos a establecer 4 reuniones para valorar (según los criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología), los consentimientos que incumplen los criterios de calidad establecidos y por lo tanto están defectuosos y así proceder a su actualización.

Una vez actualizados se someterán a consulta por los componentes del Comité de Ética Asistencial de Huesca y posteriormente por los de la Comisión de Historias Clínicas para su valoración y modificación si fuera necesaria. Se establecerá una reunión para dicho motivo. La comisión de Historias Clínicas se encargará de la difusión y de que estén disponibles en formato electrónico en la intranet.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número y porcentaje de documentos revisados respecto al número total de documentos en vigor en la actualidad en el servicio de Cardiología.

Número y porcentaje respecto al total de documentos revisados que incumplen los criterios de calidad establecidos. Número y porcentaje de documentos que se actualizan según los criterios de calidad y normativa vigente en relación al total de documentos defectuosos.

Número y porcentaje de documentos disponibles en la intranet, respecto al número total de documentos en vigor en el servicio, una vez actualizados los documentos.

Fuente de datos: criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología),

Proyecto: 2019_1379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante los meses de mayo y junio 2019, se van a establecer las 4 reuniones entre 2 Cardiólogos (Pilar Artero y M^a Teresa Villarroel) para revisión y actualización de los consentimientos.
Julio, Agosto y Septiembre 2019, se enviarán al Comité de Ética Asistencial de Huesca y Comisión de Historias Clínicas para su valoración.
Octubre 2019: se realizará las modificaciones oportunas que se nos hayan recomendado para elaborar los documentos definitivos
Noviembre del 2019: Se enviarán los definitivos a la Comisión de Historias Clínicas para su difusión y su disposición en formato electrónico en la intranet.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0857 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO TERAPEUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

2. RESPONSABLE MELODY GARCIA DOMINGUEZ
• Profesión MIR
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TALAL EL ABUR ISSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• SAUDI MORO SEF. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• ABADIA FORCEN MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• ROLDON GOLET MARTA. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
• SARVISE LACASA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diverticulosis colónica afecta a aproximadamente el 50% de las personas mayores de 60 años y su prevalencia aumenta con la edad. La mayoría de los afectos permanecen asintomáticos (75-85%), estimándose entre el 15% y el 25% la tasa general de diverticulitis sintomática a lo largo de la vida; la incidencia de diverticulitis aguda es mayor en mujeres que en hombres (98,6/100.000 frente a 76,3/100.000 habitantes)*. La tasa de hospitalización secundaria a diverticulitis ha registrado un incremento en las últimas décadas (91,9/100.000)*. La infección peridiverticular que resulta de la perforación (macroscópica o microscópica) de un divertículo puede variar desde una diverticulitis leve (no complicada) que puede tratarse ambulatoriamente en condiciones idóneas, hasta una perforación libre con peritonitis difusa que requiere tratamiento quirúrgico urgente. Se pretende establecer una mejora en el manejo de los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.

* Clin Gastroenterol Hepatol. 2016; 14 (1): 96-103.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir la tasa de ingresos por diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey Ia).
- Minimizar la morbilidad asociada al ingreso, disminuyendo la carga asistencial en los servicios hospitalarios.
- Aumentar el confort y la satisfacción de los pacientes tratados de forma ambulatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Hemos realizado un estudio epidemiológico retrospectivo, analítico y observacional a partir de una base que recoge los datos clínicos de los pacientes con los diagnósticos de diverticulitis aguda izquierda (colon descendente y sigma) no complicada y complicada, que fueron ingresados y tratados en el Hospital General San Jorge de Huesca desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2017. Todos los pacientes incluidos en el estudio habían sido diagnosticados mediante el empleo de una prueba de imagen radiológica (ecografía o tomografía computarizada) asociada a los criterios clínicos definitivos (dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda). Excluimos a los pacientes ingresados bajo la sospecha diagnóstica inicial de diverticulitis aguda y que tras un exhaustivo estudio cambiaron el diagnóstico a otro. No hemos establecido límites de edad.

La base de datos contiene variables clínicas individuales, relacionadas con el tratamiento durante el ingreso y con la incidencia de complicaciones durante el mismo.

Los resultados extraídos del análisis estadístico de estas variables (edad de los pacientes, comorbilidad, gravedad del episodio, incidencia de complicaciones...) podrían extrapolarse para ayudar en la selección de aquellos pacientes que se beneficiarían de un tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.

Acciones: Para ello, los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (clínica y radiológicamente) en el Servicio de Urgencias y que cumplan criterios de tratamiento ambulatorio (ausencia de fiebre y de signos de afectación sistémica, ausencia de restricciones para la ingesta alimentaria, dolor abdominal controlable con analgesia oral, ausencia de comorbilidades importantes, embarazo e inmunosupresión, ausencia de alteraciones analíticas importantes, y presencia de buen soporte socio-familiar) serán valorados y seleccionados individualmente para el manejo ambulatorio. Este manejo consiste en una dieta líquida libre de residuos y antibióticos orales de amplio espectro administrados de 7 a 10 días.

Las pautas antibióticas más empleadas son aquellas consistentes en amoxicilina-clavulánico (1gr/ 8h vía oral) o ceftriaxona (1gr/ 24h) + metronidazol (500mg/ 8h vía oral); o en caso de alergia a betalactámicos, ciprofloxacino (500mg/ 12h vía oral) + metronidazol (500mg/ 8h).

El control y el seguimiento será clínico y lo efectuará el médico de atención primaria hasta la resolución del cuadro clínico o hasta la finalización del tratamiento antibiótico. En caso de detectar cualquier complicación, el paciente sería nuevamente enviado al Servicio de Urgencias para su valoración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para evaluar los resultados emplearemos los siguientes indicadores de calidad, pues son los que más se ajustan a nuestros objetivos:

- Estancia (días de permanencia del paciente diagnosticado de diverticulitis aguda no complicada en régimen de hospitalización ocupando una cama).
- % de reducción de hospitalizaciones por diverticulitis aguda no complicada respecto a los datos de los años

Proyecto: 2019_0857 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO TERAPEUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

previos.

- % de ingresos potencialmente evitables (pacientes que, dadas sus características, podrían haberse beneficiado de un manejo ambulatorio).

- Tasa de reingreso en Urgencias (% de pacientes que vuelven a acudir al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría clínica dentro del mismo episodio).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 31 de diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0858 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

2. RESPONSABLE ISSA TALAL EL ABUR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA DOMINGUEZ MELODY. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- SAUDI MORO SEF. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ABADIA FORCEN MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- UTRILLA FORNALS ALEJANDRA. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- SARVISE LACASA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las hernias de la pared abdominal representan un volumen muy amplio de la práctica diaria del cirujano general, así como un problema para la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico. A pesar de la frecuencia de esta intervención, ningún cirujano logra resultados ideales y se siguen observando complicaciones, como dolor postoperatorio, lesiones nerviosas, infecciones y recidivas. Una hernia consiste en protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto fijado en alguna de las paredes circundantes. Aunque la hernia pueda aparecer en diversos lugares, estos defectos se observan con más frecuencia en la pared abdominal, sobre todo en la región inguinal. Se estima que el 5% de la población general sufrirá una hernia de la pared abdominal, pero es posible que la prevalencia sea aún mayor. Cerca del 75% de todas las hernias se dan en la región inguinal. La prevalencia de las hernias aumenta con la edad, sobre todo la de las inguinales, umbilicales y femorales¹. Un aspecto importante en la mejora del proceso terapéutico de estos pacientes radica en su precoz incorporación a las actividades básicas de la vida diaria. En este punto ha jugado un papel fundamental la instauración paulatina de unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), con sus indiscutibles ventajas (reducción de gastos a nivel global, aumento de la eficiencia de los medios sanitarios, disminución de las estancias hospitalarias y mejoría de la satisfacción y el confort de los pacientes)². En estos momentos, nuestro Servicio de Cirugía General carece de un programa de cirugía mayor ambulatoria.

¹Sabiston. Cirugía General y del aparato digestivo. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

²Recart A. Ambulatory surgery. A new model of surgical medicine. Rev Med Clin Condes. 2017; 28 (5): 682-690.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer criterios de selección de pacientes candidatos a alta precoz tras hernioplastia.
- Obtener los datos necesarios (clínicos y socio-familiares) para clasificar a los pacientes.
- Elaborar e implementar el procedimiento de alta precoz tras hernioplastia programada en los pacientes seleccionados, como paso previo al desarrollo de una futura unidad de Cirugía mayor ambulatoria en el área de Cirugía General.
- Aumentar la satisfacción y el confort del paciente.
- Mejorar la eficiencia del proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se realizará un estudio prospectivo de los factores clínicos (comorbilidad) y socio-familiares de los pacientes que se intervendrán los próximos meses de forma programada de hernias de la pared abdominal (inguino-cruales, umbilicales, epigástricas y eventraciones pequeñas), con preguntas previas sobre algunos aspectos socio-familiares (facilidad del acceso al domicilio y presencia de familiares o acompañantes que se puedan hacer cargo del paciente durante el postoperatorio inmediato).
- Se recogerán las variables clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (edad, comorbilidad, complicaciones postoperatorias, tiempo de recuperación de la anestesia...).
- Se establecerán los criterios que definen al paciente que va a ser sometido a hernioplastia programada como candidato a alta precoz, entendiendo como tal el alta hospitalaria que puede realizarse el mismo día de la intervención quirúrgica.
- Se documentará el procedimiento.
- Se pasará una breve encuesta a los pacientes sobre la satisfacción y el confort.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes que cumplen criterios para ser candidatos a alta precoz/ los pacientes con hernioplastia programada.
- % de pacientes que presentan una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato/ los pacientes intervenidos
- % de pacientes con alta precoz/ total de pacientes intervenidos de hernioplastia.
- % de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el alta precoz (o con el confort)/ total de pacientes con alta precoz.

Proyecto: 2019_0858 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 30 de septiembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0995 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

2. RESPONSABLE IGNACIO GODED BROTO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROLDON GOLET MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ZAMBRANA CAMPOS VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- UTRILLA FORNALS ALEJANDRA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALCOLEA BERNAD MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales, y actualmente. En nuestro hospital se realizan casi un centenar de cirugías programadas cada año por esta patología, debido a su alta prevalencia.

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es aquella infección relacionada con el procedimiento operatorio que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella durante el periodo de vigilancia, el cual puede variar desde los 30-90 días hasta 1 año. La ISQ incluye las categorías de: incisional superficial (piel y tejido subcutáneo); incisional profunda (tejidos blandos profundos), y de órgano-espacio (cualquier estructura anatómica distinta de la incisión manipulada durante la intervención).

La ISQ es la complicación más frecuente de la cirugía y una importante fuente de problemas clínicos y económicos. La cirugía colorrectal, es la cirugía abdominal más relacionada con ISQ, esto provoca importantes perjuicios para el paciente. Una ISQ de órgano-espacio después de cirugía colorrectal añade 11 días de ingreso y un coste medio de 5.000 € a la hospitalización. La ISQ se asocia a una mortalidad del 3 % y en el 75 % de los pacientes fallecidos con ISQ, la mortalidad está directamente relacionada con la misma.

Una reciente revisión realizada en nuestro servicio con casi 300 pacientes, ha demostrado una tasa de ISQ por encima de las tasas publicadas en otros centros. A la vista de nuestros resultados consideramos primordial poner en marcha un protocolo con medidas para reducir la ISQ en cirugía del CCR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es reducir la tasa de infección del sitio quirúrgico en la cirugía del cáncer colorrectal. Para ello, se implantará un protocolo de medidas implicadas en la reducción de la incidencia de ISQ, las cuales serán registradas en un Check-list de cumplimiento. La población diana son todos los pacientes intervenidos de forma programada por cáncer colorrectal en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas consistirán, en primer lugar, en la revisión exhaustiva y diseño de las medidas y cambios necesarios a llevar a cabo para reducir la ISQ en los tres ámbitos: preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias. Posteriormente tendrá lugar el diseño del "check-list", en el que irán recogidas todas las medidas y sus casillas de validación en caso de cumplimiento.

La siguiente fase consistirá en realizar la difusión mediante una sesión, reuniendo al personal sanitario implicado y definir los responsables en cada ámbito del control y cumplimentación de las medidas preventivas.

Por último, mediante la revisión de los documentos "check-list" y la recogida de datos de los pacientes implicados, podremos valorar, al final del proyecto, el grado de cumplimentación y la eficacia de las medidas adoptadas. Para ello compararemos las tasas de ISQ obtenidas con nuestra base de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tasa de infección del sitio quirúrgico en cirugía de cáncer colorrectal (ISQ)

- Tasa de infección de herida en cirugía de cáncer colorrectal (IIS + IIP)
- Tasa de infección órgano-espacio (IOE)
- Tasas de cumplimiento de las medidas pre-operatorias, recogidas en check-list
- Tasas de cumplimiento de las medidas intra-operatorias, recogidas en check-list
- Tasas de cumplimiento de las medidas post-operatorias, recogidas en check-list

Se realizará una evaluación tras el primer mes para evaluar problemas iniciales o cambios, si es necesario, y otra reunión tras un año de la implementación.

El seguimiento se realizará mediante la cumplimentación y revisión posterior de los documentos "check-list", que deberán ser rellenados en la acogida del paciente, el quirófano y durante su estancia en planta. Con estos datos, será posible evaluar el cumplimiento de estas medidas, su relación con la incidencia de infección del sitio quirúrgico y su eficacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto constará de una primera fase de diseño y difusión: tiempo para la revisión de la literatura, estructurar el protocolo y la difusión del proyecto al personal sanitario.

Proyecto: 2019_0995 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Una segunda fase de aplicación: se llevará a cabo la implantación de las medidas y cumplimentación del "check-list". Una tercera fase de evaluación al final del proyecto, y cálculo de resultados. Los responsables de su implantación serán el personal médico (cirujanos y anestesiólogos) así como el personal de enfermería tanto de quirófano como del área de hospitalización. La fecha prevista de inicio es el 1 de abril de 2019. Tras el primer mes y el primer año se realizarán reuniones para la evaluación del mismo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Todavía no se conocen con exactitud los recursos materiales necesarios para llevar a cabo este proyecto, sin embargo, la mayoría de las actividades pueden realizarse con material con el que ya contamos en el centro. Se va a evaluar el uso de medidas como los apósitos con terapia de vacío, para ello previamente se revisará rigurosamente la literatura.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· JIMENEZ SALAS BERTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La artrosis de rodilla es una patología muy frecuente en nuestro medio. Aproximadamente el 50-60% de las personas entre 65 y 70 años la padece. De estas un 60% presentan clínica asociada. En función de unos criterios como son el dolor que limita la vida diaria sin respuesta a tratamiento conservador, la pérdida del espacio articular en las radiografías y la edad avanzada se plantea la artroplastia total de rodilla (PTR). Esta cirugía es por ello un procedimiento de los más frecuentes en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de los que más lista de espera generan.

Dado que en nuestro hospital el ingreso programado de estos pacientes se realiza la tarde de antes por el profesional de guardia creemos conveniente la creación de un protocolo de ingreso y de una hoja de comprobación rápida o "check-list" para unificar esta etapa de la hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca.

Su objetivo principal es unificar los pasos y optimizar el tiempo a la hora de realizar el ingreso programado de un paciente pendiente de artroplastia total de rodilla en nuestro servicio.

La población diana serán dichos pacientes en lista de espera quirúrgica para el procedimiento de PTR en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para cumplir el objetivo previsto será necesario que el protocolo a crear comprenda los siguientes aspectos:

- 1.- Pauta de profilaxis tromboembólica según la "Guía de Profilaxis del Tromboembolismo de la SECOT".
 - 2.- Pauta de profilaxis antibiótica según la guía actualizada del comité de infecciones del hospital.
 - 3.- Solicitud de pruebas cruzadas.
 - 4.- Revisión de la medicación actual del paciente para su registro en el programa Farmatools y su consiguiente administración durante la estancia hospitalaria evitando duplicidades e interacciones.
 - 5.- Pauta analgésica personalizada.
 - 6.- Pauta de fluidoterapia de mantenimiento.
 - 7.- En pacientes diabéticos aplicación de la "pauta de insulino terapia para intervención quirúrgica" diseñada por el Servicio de Endocrinología.
 - 8.- Revisión de las pruebas de imagen disponibles. En el caso de que la antigüedad de las mismas sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberán actualizar.
 - 9.- Revisión de la última analítica disponible. En el caso de que la antigüedad sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberá actualizar.
 - 10.- Revisión de las posibles enfermedades intercurrentes de especial relevancia sucedidas desde la valoración anestésica hasta el momento del ingreso programado que puedan requerir de una nueva valoración por parte del Servicio de Anestesia.
 - 11.- Comprobación de la extremidad a intervenir con el dibujo de una flecha en la misma.
- Para asegurarnos una correcta aplicación del protocolo se creará una hoja de comprobación (check-list) con los apartados comentados, que deberá incorporarse al historial de ingreso de cada paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La fuente de datos será la hoja de comprobaciones (check-list) creada para este protocolo.

El Indicador principal será la aplicación del protocolo: número de ocasiones en las que se ha aplicado el protocolo respecto al número de veces en que se debía aplicar. Siendo el estándar deseable de = 95%.

Como indicadores secundarios se valorarán:

A) El adecuado cumplimiento del protocolo:

- 1.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de hojas.
- 2.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de ingresos programados por PTR.

En ambos casos el estándar deseable será de = 95%.

B) Contabilización de fallos en el proceso del ingreso programado desde la implantación del protocolo desglosando la etiología de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Redacción del protocolo en el plazo de un mes desde la fecha y presentación del mismo en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología así como a la plantilla de enfermería. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de comprobación y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

Proyecto: 2019_0387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se debe tener en cuenta que en los casos en los que haya transcurrido más de un año desde la realización de las pruebas radiológicas y/o analíticas hasta la fecha del ingreso programado del paciente, éstas se actualizarán como ya venía realizándose según las recomendaciones actuales.

10. OBSERVACIONES.

No son necesarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACION DE YESO

2. RESPONSABLE MARTA SANCHO RODRIGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FONTSTAD UTRILLAS MARIA AMPARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MIRASOL CATALAN PATRICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- GARCIA ROCA BORJA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- MOYANO LEDESMA AMPARO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- BERASATEGI NORIEGA IRAIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y Traumatología sufren multitud de procesos tales como fracturas, fisuras, luxaciones, esguinces de diferentes grados, contusiones...en dichas situaciones el facultativo procede a inmovilizar la articulación afecta o a reducirla e inmovilizarla posteriormente mediante yesos cerrados o férulas.

Las férulas y los yesos se utilizan para sostener y proteger a los huesos y tejidos blandos lesionados, de manera que reducen el dolor, la hinchazón y los espasmos musculares; además de mantener la correcta reducción el tiempo necesario de inmovilización.

La hinchazón causada por la lesión puede generar presión sobre su férula o yeso durante las primeras 48 a 72 horas. El yeso cerrado o férula conlleva unos riesgos asociados, tales como causar úlceras por presión, heridas, edema distal, síndrome compartimental... El síndrome compartimental se define como la patología provocada por un aumento de presión dentro de un compartimento muscular hasta el punto donde se reduce o elimina la perfusión vascular necesaria para la viabilidad de los tejidos allí comprendidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los pacientes inmovilizados mediante férulas o yesos muchas veces desconocen los cuidados que deben de tener con las inmovilizaciones y los posibles riesgos derivados de ellas.

El objetivo de este proyecto es informar correctamente, a todo paciente atendido e inmovilizado mediante férulas o yesos cerrados en el Servicio de Urgencias o Traumatología, de los cuidados de la inmovilización y de los síntomas o signos de alarma a tener en cuenta tras una inmovilización; y disminuir el número de visitas a Urgencias para realizar una revisión del yeso por edema y dolor tras una inmovilización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El mismo día de la atención en el Servicio de Urgencias o en la planta de Traumatología, tras la colocación de una férula o yeso cerrado, se proporcionará al paciente una hoja con información sobre los cuidados a tener en cuenta y los signos de alarma.

El personal de enfermería se encargará de aportar al paciente la hoja de información, dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que no es necesario realizar una reducción, fisuras, contusiones y/o esguinces.

El facultativo de Traumatología se encargará de aportar al paciente la hoja de información dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que es necesario realizar una reducción, luxaciones y en los pacientes ingresados en el planta de Traumatología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de visitas a urgencias para realizar revisión de escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Número de visitas a urgencias por dolor, edema e inflamación secundario a la inmovilización con una escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Grado de satisfacción tras la información aportada al paciente. Se monitoriza en CE de COT en las posteriores visitas de control.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma: el mismo día de la atención en urgencias se aportará dicha información al paciente, enseñándole las pautas a seguir tras la inmovilización.

Se realizará a lo largo del año 2019, extrayendo los datos de satisfacción del paciente y del número de visitas a Urgencias tras la inmovilización.

La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, aportando dicha información a todo paciente que sea inmovilizado mediante férula o yeso cerrado en el Servicio de Urgencias o planta de Traumatología.

Proyecto: 2019_0477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACION DE YESO

9. RECURSOS NECESARIOS.

Hojas de información en las que se especifiquen los cuidados y consideraciones a tener en cuenta tras una inmovilización, así como los signos o síntomas de alarma después de la aplicación de una férula o yeso cerrado.

Personal de enfermería encargado de aportar al paciente la hoja de información, dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que no es necesario realizar una reducción, fisuras, contusiones y/o esguinces .

Facultativos de COT encargados de aportar al paciente la hoja de información dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que es necesario realizar una reducción, luxaciones y en los pacientes ingresados en el planta de Traumatología.

10. OBSERVACIONES.

Ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0745 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE LAURA EZQUERRA HERRANDO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN PUYALTO DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SANCHO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- VIÑUALES ARMENGOL CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" utiliza el programa de prescripción electrónica Farmatools® para pautar el tratamiento de los pacientes ingresados en dicho servicio. La prescripción de medicación se puede realizar de forma individual medicamento a medicamento o a través de protocolos, de forma que se descarga de manera automática la medicación según los mismos. Estos protocolos requieren ser actualizados, tanto para adecuarlos a las características de los pacientes que ingresan en nuestro servicio como para homogeneizar el trabajo de prescripción facultativa. El abordaje del tratamiento de los pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología es multidisciplinar bien por las características de los pacientes y sus comorbilidades o bien por las causas de ingreso (politraumatismos, cirugía mayor ambulatoria, fracturas de cadera, etc.) Por ello es importante en el manejo de estos pacientes la participación de los Servicios de Traumatología, Geriatria, Anestesia y Farmacia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es actualizar y mejorar los protocolos de tratamiento incluidos en el programa Farmatools® de los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" de Huesca con la finalidad de mejorar la atención y cuidado de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto se llevará a cabo manteniendo reuniones mensuales dentro del Servicio de Traumatología para elaborar las bases y el número de protocolos a modificar. Reuniones trimestrales con los Servicios de Geriatria y Anestesia para consensuar los protocolos. Reuniones cuatrimestrales con el Servicio de Farmacia para validar e incorporar a la base de datos del programa Farmatools®.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº total de protocolos modificados.
Nº de reuniones realizadas dentro del Servicio de Traumatología.
Nº de reuniones realizadas con otros servicios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto está previsto que esté funcionando en un año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Aparato Locomotor
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0781 (Acuerdos de Gestión)**

PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPOROTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- EZQUERRA HERNANDO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MARIN PUYALTO DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
- PERALTA GASCON ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
- NARVION CARRIQUIRI ADRIANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
- BERASATEGI NORIEGA IRAIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La población está envejeciendo cada vez más, por tanto la osteoporosis cada vez es una enfermedad más prevalente. En nuestro ámbito, se dan unas 250 fracturas de cadera osteoporóticas al año, de las cuales la gran mayoría no ha tenido un adecuado tratamiento para la osteoporosis pre y postfractura, aumentando por ello los riesgos de nuevas fracturas osteoporóticas, pérdida de función, gasto sanitario elevado, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir el número de pacientes que no presentan prevención secundaria osteoporótica tras la fractura.
- Concienciar del grave problema que supone nuevas fracturas osteoporóticas para la población y para el gasto sanitario.
- Dar a conocer el problema, que no sólo acaba en la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se realizará un protocolo para que casi ningún paciente se vaya de alta sin tratamiento osteoporótico en prevención secundaria.
- Se contará las fracturas previas en cada paciente y posterior al tratamiento.
- Se realizarán reuniones entre el equipo cada dos meses para ver grado de cumplimiento y adherencia de los médicos implicados en el proceso.
- Se programará dos sesiones clínicas explicativas del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

· Se compara muestra de 2018 con 2019 tras la entrada del proyecto: Porcentaje de pacientes que al alta se van sin tratamiento para la osteoporosis, índice de reingresos en esos pacientes, fracturas osteoporóticas previas en esos pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero-Diciembre de 2019 se revisará datos de 2018 e historias de este año con la implantación del protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIZACION

2. RESPONSABLE LORETO CASTILLO CORTES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PILARCES VIRGILI SALOME. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MENDOZA MURO GEMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FERNANDEZ LOBATO RUTH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SANZ PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ZAZO CEBOLLERO CLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- DUQUE MAVILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SOTERAS LOPEZ LLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Recientemente se ha realizado formación continuada relacionada con las movilizaciones del paciente postoperado de prótesis de cadera.

En la actualidad existe gran rotación de la plantilla de TCAEs y DUEs en nuestro servicio. Ante esta situación detectamos la necesidad de continuar con la formación que se comenzó el año pasado (proyecto de mejora de calidad n. 2018/0236).

Además de esto, nos planteamos ahora avanzar y valorar el dolor en este tipo de pacientes tras la movilización correcta de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Concienciar al equipo de la importancia de la valoración del dolor postoperatorio.

Valorar el dolor tras la correcta movilización del paciente postoperado.

Implementar una nueva estrategia para reforzar la formación continuada en relación con la movilización de pacientes postoperados de prótesis total de cadera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un poster con los conceptos básicos adquiridos en la formación realizada durante el 2018 para realizar formación continuada con el personal de nueva incorporación. Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.

- Informar a enfermería del proyecto, identificación de la escala EVA en el programa GACELA. Dos reuniones durante el año.

- Informar a los TCAE y celadores de planta del proyecto y repasar el poster para la correcta movilización de los pacientes postoperados de prótesis de cadera. Dos reuniones durante el año.

- Comenzar con la determinación de mediciones de la escala EVA durante el tiempo de ingreso de los pacientes durante el último trimestre del año, una vez realizado el poster.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Poster confeccionado.
- Número de reuniones con el equipo de enfermería.
- Número de reuniones con el equipo de TCAEs.
- Número de mediciones de escala EVA realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.
- Reunión del equipo de trabajo en junio 2019.
- Reuniones informativas con equipo enfermería: 1/semestre.
- Reuniones informativas con equipo TCAE: 1/semestre.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión y plastificación poster.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SESIONES INFORMATIVAS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE LORETO MARIA GARCIA MOYANO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
• BELLOSTA LORES LETICIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• LORES CASANOVA SOLEDAD. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
• RODRIGUEZ MAÑAS JARA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
• FIGUEROLA NOVELL JANINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Uno de los objetivos principales del Comité de ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.

Es por ello que se pretende llevar a cabo sesiones a los Centros de salud del Sector a los que representamos.

Tratando los siguientes temas:

¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?

¿Qué funciones realiza el Comité ética del sector Huesca (CEA)?

¿Quién forma parte del CEA?

¿Cómo se puede contactar con el CEA?

¿Por qué es importante que los profesionales participen en los Comités de Ética?

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Difundir entre los profesionales del Sector Huesca la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos, en concreto del que los representa CEA Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesiones presenciales en los Centros de Salud del Sector

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios

La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa

La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

Número de consultas recibidas de profesionales que trabajen en los Centros de Salud del Sector.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante meses finales de 2018 y durante el año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponibilidad de ponentes.

Lugar de difusión (colaboración con Centros sanitarios).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. profesionales

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0569 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO

- Profesión TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CONTROL DE GESTION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIRAL DEMUR MARIA MATILDE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. CONTROL DE GESTION
- CALLAU PUENTE JOSE JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
- NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
- EIZMENDI BINDER ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

El Departamento de Sanidad lleva impulsando desde hace unos años la estrategia del programa de atención al ictus. Para este año 2019 sigue siendo una de las líneas estratégicas priorizadas. Uno de los objetivos que se pretenden es garantizar Implantación efectiva Unidades*/áreas de Ictus, para lo que es preciso la existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS y al que se asocien las camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con este proyecto se pretende cumplir con el objetivo establecido por el Departamento de Sanidad y, al mismo tiempo, la creación de un cuadro de mandos específica de ICTUS separado del cuadro de mandos de neurología para facilitar información a los profesionales sanitarios sobre la actividad realizada en el área de ictus. Actualmente no es posible ofrecer esta información puesto que las camas de ictus están integradas en el servicio de neurología y no están asociadas a un GFH de específico de ICTUS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas son las siguientes:

Creación por parte de Admisión de un GFH ICTUS dependiente de Neurología al que se le asignarán las camas que conforman el área de ICTUS.

Diseño de un cuadro de mandos específico de ICTUS por parte de Control de Gestión con colaboración de FEAs de neurología y con la secretaría de planta que actualmente registra de forma manual la actividad asistencial desarrollada en el área de ICTUS. Este cuadro de mandos se integrará en el general del servicio.

Obtención de estadísticas de CMDB del área de ICTUS según se vayan cerrando periodos de codificación de episodios de hospitalización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS: camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

Existencia de un cuadro de mandos específico del área de ICTUS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista es el año 2019. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Creación de los GFH por el servicio de Admisión.
- mayo - agosto -> Diseño del cuadro de mandos de forma conjunta entre Control de Gestión y Neurología.
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre - diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0640 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVILLA MARUGAN LAURA. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Las listas de espera y el diagnóstico precoz son dos situaciones incompatibles. La dermatología en Atención primaria, supone un grueso importante de las consultas que se realizan en el ámbito de la primaria. La derivación de procesos o dudas estéticas, aumentan las listas de espera de la consulta en Dermatología, haciendo que patologías que precisan un diagnóstico precoz, como el melanoma, se queden pérdidas entre tanta lesión benigna y no se pueda actuar de forma precoz.

Para evitar estas circunstancias, es necesario el aumento del conocimiento y motivación de los médicos de atención primaria, así como una coordinación efectiva con su dermatólogo/a de referencia

Los tratamientos en dermatología evolucionan con gran rapidez, por lo que sería fundamental que los profesionales de Atención Primaria reciban una formación periódica. Este hecho es especialmente difícil en un área como la nuestra, con gran dispersión geográfica y formación centralizada en capitales de provincia. El desplazamiento para formación, a unos profesionales que ya de por sí realizan largos desplazamientos para su trabajo diario, supone una dificultad importante para la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- o Reducir la lista de espera de primeras visitas en la consulta de Dermatología en el Hospital de Jaca.
- o Aumentar los conocimientos de los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania. Potenciar su capacidad de tratar patologías benignas e incidir en la derivación precoz de lesiones sospechosas de malignidad
- o Reducir la derivación de lesiones cutáneas meramente estéticas.
- o Reducir el tiempo de espera del Melanoma y el cáncer cutáneo no melanoma
- o Mejorar la coordinación de los profesionales de Atención Primaria con su dermatólogo de referencia

Este proyecto se encuentra dirigido a los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania, para el beneficio de la población en general.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar una sesión en los 6 centros de salud que dependen del Hospital de Jaca: C.S de Berdun, C.S De Broto, C.S de Biescas, C.S de Hecho, C.S de Jaca y C.S de Sabiñanigo.

Para ello se desplazaran, la especialista en Dermatología y un médico de Atención primaria a todos los centros. La sesión cuya duración es de una hora, tiene como objetivo incrementar los conocimientos de los MAP, en patología preferente y patología ordinaria, así como aquellas lesiones no susceptibles de derivación.

Además de la sesión, se hará llegar a los profesionales de Atención Primaria un documento de consulta, elaborado por su dermatólogo de referencia, con los tratamientos recomendados para las principales patologías susceptibles de ser tratadas en atención primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de asistentes a las sesiones.
- 1 mes antes de la sesión de cada centro se recogerán todas las derivaciones realizadas con su diagnóstico de derivación y se comparará con las derivaciones realizadas un mes posterior a la sesión en el centro.
- Esto se repetirá a los 6 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La recogida de datos y las sesiones se darán durante 2019.

Ya se han realizado dos sesiones:

- 13 de Febrero C.S Berdún
- 22 de Febrero C.S. Broto

Falta por realizar:

- 13 de marzo C.S Biescas
- 27 de marzo C.S. HECHO
- 3 de abril C.S JACA
- 10 de abril C. S Sabiñanigo

Proyecto: 2019_0640 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_0839 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

2. RESPONSABLE LUCIA PRIETO TORRES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA MALINIŞ ANA JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
- SOLANAS TREVIÑO RUTH. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
- COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía de la piel constituye una parte esencial de la labor diaria del dermatólogo, quien es el especialista que diagnostica en la mayoría de las ocasiones la benignidad o malignidad de una lesión cutánea. Para obtener los mejores resultados en la práctica quirúrgica debemos disponer de un local con instrumental adecuado, medios técnicos y de personal y combinar las mejores indicaciones técnicas tanto para la extirpación como para la posterior reconstrucción.

En el momento actual en nuestro servicio disponemos de quirófanos locales, donde cada dermatólogo puede intervenir con periodicidad quincenal los tumores que no pueden extirparse en la consulta y que se realizan tras anestesia local aplicada por el propio dermatólogo y sin cirujano ayudante. Este quirófano local es suficiente para la intervención de tumores de pequeño tamaño que no requieren reconstrucciones complejas. Sin embargo, en nuestro medio rural de la provincia de Huesca no es infrecuente encontrarnos con tumores cutáneos de mayor tamaño o localizados en regiones anatómicas como la cara o el cuero cabelludo, donde la reconstrucción es más compleja. Durante la formación como Dermatólogos de los miembros de la unidad este tipo de lesiones, como ocurre en otros hospitales de nuestra comunidad, como el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se intervienen en un quirófano de cirugía mayor ambulatoria (CMA), con un anestesista que aplica sedación a los pacientes para que toleren mejor la cirugía y un cirujano ayudante que permita mejorar la puesta en práctica de la técnica quirúrgica.

Dado que estas necesidades de CMA para pacientes con tumores cutáneos del Hospital San Jorge no se cumplen en el momento actual algunos pacientes deben ser derivados a Cirugía Plástica al Hospital Miguel Servet para la realización de estas intervenciones que podrían realizarse en nuestro hospital, evitando a los enfermos un desplazamiento incómodo y costoso tras la cirugía, y al Servicio Aragonés de Salud, y en especial al sector de Huesca, el gasto que conlleva la derivación de pacientes a otros centros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir las derivaciones de los pacientes con Melanoma o cáncer cutáneo no melanoma a otros servicios, como Cirugía Plástica o Cirugía General, acortando así el tiempo de espera quirúrgico de estos pacientes.
- La aplicación de la técnica quirúrgica más adecuada en función de la naturaleza del tumor cutáneo.
- Disminuir el gasto que supone la derivación a otros servicios fuera del sector Huesca.
- Mejora de la calidad de vida del paciente, no requiriendo traslados a otros servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La puesta en marcha de este proyecto es sencilla y poco costosa para el Hospital. Consiste en habilitar una vez cada 30-45 días un quirófano de CMA para dermatología con un anestesista que pueda practicar sedación a los pacientes y dos de las dermatólogas de la unidad pueden turnarse para realizar las cirugías. Los pacientes que sean vistos en las consultas con tumores cutáneos de gran tamaño o en localizaciones comprometidas que no puedan realizarse en el quirófano local serán seleccionados y programados en este quirófano.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- La disminución de las derivaciones externas del servicio pueden evaluarse de forma comparativa entre las derivaciones durante el primer año en el que se implante este quirófano y el mismo periodo de tiempo en el año anterior.
 - El tiempo de espera quirúrgico en función del tipo de tumor cutáneo también es un indicador que puede evaluarse de forma objetiva
- La satisfacción y la preferencia de los pacientes de ser operados en el Hospital de Huesca o derivados a Cirugía Plástica en Zaragoza también puede ser evaluada mediante encuesta a los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Si Dirección médica, dirección de enfermería y del bloque quirúrgico así como el servicio de Anestesia están de acuerdo, por tratarse de un quirófano de CMA cada 30-45 días en función del volumen de pacientes, la organización del mismo es sencilla y puede prolongarse de forma indefinida si los resultados del proyecto son favorables.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un quirófano de los destinados a CMA, con el material habitual del quirófano local de dermatología que incluya el instrumental ya disponible actualmente y un aspirador, así como un monitor y los fármacos necesarios para

Proyecto: 2019_0839 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

que el anestesista pueda realizar las sedaciones a los pacientes.

Destinar un día cada 30-45 días de forma rotatoria a dos de las dermatólogas del Servicio para realizar esta labor quirúrgica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_1155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

2. RESPONSABLE ALBERTO LUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ESTRADA ONCINS SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ASPURU RUBIO KATTALIN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BELLOC BARBASTRO BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· DOMINGUEZ CAJAL MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BER NIETO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.

El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas que son atendidos por primera vez en la consulta de Aparato Digestivo del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- 2) Creación de un protocolo de actuación basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerde el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
 1. Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo consumo de alcohol u otros tóxicos, etiología de la enfermedad hepática, comorbilidades (índice CirCom), tratamientos concomitantes, presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.
 2. Protocolizar las investigaciones necesarias para el cribado de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática con particular atención a la presencia de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular.
 3. Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo necesidad de tratamiento antiviral frente a VHB o VHC, entrega de recomendaciones dirigidas a evitar el contagio de contactos cercanos, evaluación del estado inmune frente a infecciones, TBC, y coordinar acciones con Medicina Preventiva en pacientes potenciales candidatos a trasplante hepático.
- 3) Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados (Chronic Liver Disease Questionnaire), a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
- 4) Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad, con particular relevancia al consumo abusivo de alcohol y al apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes atendidos por primera vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de cribado de varices esofágicas y carcinoma hepatocelular
- % de pacientes remitidos a UASA para control de adicciones
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer semestre 2019: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.

Proyecto: 2019_1155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Segundo semestre 2019: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos propios del servicio. No precisa de soporte adicional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVÍO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARA MARCA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ARGUIS NERIN MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BARDAJI CIPRES MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· LUE ALBERTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BER NIETO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ESTRADA ONCINS SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La infección por *Helicobacter pylori* afecta a alrededor del 50% de la población mundial y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica. El test del aliento es la prueba no invasiva que se utiliza con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por *H. pylori* y tiene una alta sensibilidad y especificidad para la confirmación de la erradicación de *H. pylori* tras el tratamiento. Actualmente se realiza tanto en la consulta de Digestivo del Hospital San Jorge como en los centros de salud, lo que permite evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital. Tras la realización de la prueba en los centros de salud, las muestras se envían en un sobre a la consulta de Digestivo del Hospital para su posterior análisis.

Para el adecuado manejo y análisis de las muestras enviadas en la consulta de digestivo es necesario que los datos del paciente (nombre y número de historia), el centro y el médico que solicita la prueba, estén correctamente indicados, además, es importante conocer si el test del aliento se ha realizado previamente al tratamiento erradicador o post-tratamiento para confirmar erradicación. En ocasiones estos datos no están correctamente indicados, lo que puede provocar que se comentan errores en la identificación de las muestras y dificultar el adecuado análisis y envío de los resultados. En estos casos, habitualmente se contacta telefónicamente con el centro de salud.

El diseño de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento desde los centros de salud al hospital puede mejorar la correcta identificación y análisis de estas muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Optimizar la recogida de datos de las muestras de test del aliento de *H. pylori*, enviadas desde los centros de salud a la consulta de digestivo, que permita el correcto análisis e identificación de las muestras.

Elaborar una base de datos para recoger la información de las muestras recibidas (nombre y número de historia del paciente, médico solicitante, día de la prueba, test del aliento pre o post-tratamiento y resultados)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud en las que los datos no están indicados de forma adecuada

Redacción de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de *H. pylori* desde los centros de salud al hospital.

Difusión del documento a los centros de salud.

Elaboración de una base de datos que permita la adecuada recogida de información de las muestras de test del aliento de *H. pylori* realizadas, tanto en el hospital como en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de centros de salud que reciben el manual enviado

- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde mayo 2019 hasta octubre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos del propio servicio. No precisa soporte adicional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1357 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIOS TRAS UNA COLONOSCOPIA

2. RESPONSABLE KATTALIN ASPURU RUBIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVAN GUERRI LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- RIVAS CALVETE OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- LASIERRA BETRAN CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- DIESTE SAMITIER SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- HIGUERA UBAU ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- SUELVES FERRER MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. DIGESTIVO
- SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La colonoscopia es el método de referencia para el diagnóstico de enfermedades colorrectales y tiene un papel cada vez mayor en el tratamiento de distintas lesiones. El número de exploraciones que se realizan en las unidades de endoscopia ha presentado un crecimiento constante a lo largo de los años y se prevé que siga incrementando debido a la implantación del programa cribado de cancer colorrectal, concretamente en nuestro servicio realizamos aproximadamente 2600 colonoscopias anuales.

Se trata de una exploración que suele ser molesta y dolorosa en la mayoría de los casos por lo que se realiza habitualmente bajo sedación profunda con propofol. El paciente inmediatamente tras la realización de la prueba pasa a una sala de recuperación donde se observa y monitoriza hasta que recupera el nivel de conciencia necesario para volver a su domicilio, si bien los efectos de la sedación pueden durar algunas horas más y puede producirse cierta amnesia de estos momentos posteriores a la exploración. Tras la colonoscopia el paciente debe recibir información sobre la dieta, actividad (fundamentalmente prohibición de conducir), medicaciones y seguimiento necesario. Hasta el momento la transmisión de esta información se realiza de manera verbal lo que puede dar lugar a olvido o mala interpretación de las instrucciones a seguir, las consecuencias de esto pueden ser graves incrementando el número de complicaciones y eventos adversos postprocedimiento: dolor abdominal, hemorragia postpolipectomía e incluso accidentes de tráfico por conducir bajo los efectos de la sedación. Por este motivo es necesario protocolizar la transmisión de la información tras la colonoscopia realizando una correcta transmisión verbal, asegurándonos de que sea comprensible para el paciente y/o acompañante y apoyándonos en un texto escrito, sencillo y conciso que el paciente pueda consultar una vez llega a su domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos de los proyecto son:

- Asegurar una correcta comprensión de la conducta a seguir y recomendaciones tras una colonoscopia.
 - Evitar las complicaciones derivadas de una mala transmisión de la información postcolonoscopia
 - Implementar los criterios de calidad recogidos en las guías de práctica clínica y mejorar así la calidad de nuestra unidad de endoscopia
 - Conocer mediante una encuesta la proporción de pacientes que siguen las recomendaciones indicadas
- La población diana son los pacientes que se han realizado una colonoscopia con sedación en nuestra unidad de endoscopias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Lectura de las guías de práctica clínica de la ASGE (American society of gastrointestinal endoscopy) y ESGE (European society of gastrointestinal endoscopy), síntesis de las mismas y redacción un documento que agrupe las recomendaciones postprocedimiento tras una colonoscopia. Estas deben incluir: restricciones en la dieta, reanudación o cambio en los medicamentos, la prescripción de medicamentos, la reanudación de actividades como la conducción e información acerca de posibles eventos adversos y conducta e seguir en estos casos
- Maquetación del documento
- Reunión/sesión con el personal de enfermería para explicar los indicadores de calidad postprocedimiento y presentación del documento
- 2 semanas después de la colonoscopia se realizará una encuesta telefónica a los pacientes a los que se les ha entregado el documento para comprobar si la información les ha resultado útil y si han seguido las indicaciones especificadas.
- Análisis de los resultados de la encuesta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el documento
- Porcentaje de pacientes que ha comprendido correctamente la información del documento
- Porcentaje de pacientes que ha seguido las indicaciones especificadas
- Porcentaje de pacientes a los que les ha resultado útil la información escrita aportada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo de 2019: Lectura de las guías de práctica clínica, síntesis y redacción del documento
- Junio y julio de 2019: maquetación e impresión del documento
- Septiembre de 2019 en adelante: entrega del documento a los pacientes

Proyecto: 2019_1357 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIOS TRAS UNA COLONOSCOPIA

- Octubre, noviembre y diciembre de 2019: realización de las encuestas telefónicas
- Diciembre de 2019: análisis de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos propios del servicio
- Material para maquetación y para la imprenta
- Teléfono para realizar las encuestas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GENERO

2. RESPONSABLE JARA ALTEMIR TRALLERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- PEREZ ALVAREZ CANDELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

Los transexuales tiene la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. El abordaje de este trastorno es complejo y su asistencia necesita un equipo multidisciplinario ya que precisa diversas intervenciones

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Creación de una consulta monográfica para el abordaje integral de los pacientes con trastornos de identidad sexual que mejore su calidad de vida y su grado de satisfacción con la colaboración del servicio de psicopatología para una valoración inicial y posteriormente de la psicóloga del centro durante el seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Consulta semanal con una agenda de 3 pacientes cada 15 minutos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes que iniciamos terapia hormonal cruzada
Seguimiento de pacientes cambiados de sexo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actividad ya iniciada sin fecha de finalización

9. RECURSOS NECESARIOS.

Consulta de Endocrinología y Psicopatología

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno de identidad de genero
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0914 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

2. RESPONSABLE LORENA LAGLERA BAILO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. UNIDAD DE MAMA
· HOSPITAL ARA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
· ESCOBAR BELLO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
· ANTON PERIAÑEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H JACA. ESTERILIZACION
· ABIZANDA CASTILLA ANTONIO. ENFERMERO/A. H JACA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Todas las centrales de esterilización del salud tienen implantado un sistema de calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001-2015, esto implica :

- disponer de un manual de calidad y procedimientos generales en común que deben seguir
- una sistemática de trabajo ordenada, organizada y de calidad
- una implicación del personal de la CE en el proceso

En la central de esterilización del hospital de Jaca se ha implantado la ISO en 2018

La enfermera y auxiliar que se encargaban diariamente de la esterilización y todo lo concerniente a la gestión de la calidad en la central, no se encuentran actualmente en la misma por lo que ha surgido una necesidad inminente de formar prioritariamente en esterilización y posteriormente en sistemas de gestión de la calidad al personal que pase por la central de esterilización.

Al tratarse de un centro pequeño, el personal se ocupa de distintas funciones, ya que la jornada laboral no se cubre con una sola tarea de un solo servicio. Por este motivo la central no cuenta con personal específico, son varias la TCAE que pasan por la central y varias las enfermeras. Todos tienen conocimientos de esterilización pero muy básicos y prácticamente ningún conocimiento en metodología de la gestión de la calidad. Otros profesionales del Sector, fundamentalmente del Hospital S Jorge de Huesca, van a colaborar en su formación, tanto teórica (organizando sesiones y talleres) como práctica en la propia central de Huesca

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mantener la certificación según la norma ISO de la central de esterilización del Hospital de Jaca como garantía de calidad de los procesos que en ella se llevan a cabo
- Proporcionar la oportunidad de formarse en técnicas de esterilización y en Gestión de la calidad a todo el personal que trabaja en la central de esterilización del hospital de Jaca de una forma planificada y organizada
- Contribuir a la formación de la nueva coordinadora de calidad de la central de esterilización del hospital de Jaca en esterilización y en normativa para poder desempeñar su labor con garantías
- Formar e implicar a todo el personal que trabaja en la central del Hospital de Jaca en la metodología de trabajo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

*Febrero 2019: formación práctica de las TCAEs en técnica de esterilización en la central del Hospital San Jorge de Huesca

*Marzo y Septiembre 2019: Taller de Gestión de la Calidad (Norma ISO 9001-2015) impartido en el propio Hospital de Jaca por Aurora Calvo (coordinadora de calidad del Sector Huesca) y Lorena Laglera (supervisora de calidad del Hospital San Jorge)

*Marzo 2019: Formación práctica en técnica de esterilización de la enfermera coordinadora de calidad en la central de San Jorge, Huesca

*Abril-diciembre 2019: Píldoras formativas dirigidas fundamentalmente a la coordinadora de calidad de Jaca, extensivas a otros profesionales del mismo Hospital

*Octubre-noviembre 2019:

- Taller de auditores internos
- Participar Auditoría central de Jaca y auditoras (observadoras) en hospital del SALUD
- preparación de informes y resolución de desviaciones surgidas auditoría

*Durante todo el año, el personal de la Central de Esterilización del Hospital San Jorge de Huesca, estarán disponibles para resolver dudas del personal de Jaca en cuanto a esterilización y las Coordinadoras de calidad en cuanto a normativa ISO (in situ, por correo y telefónicamente)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de TCAEs de la central de esterilización de Jaca que acuden a la central de Huesca para formación práctica tanto de esterilización como de normativa ISO. Estándar 90%

- % del personal de la central de esterilización acudirá a los talleres de formación que se harán en el hospital de Jaca. Estándar 90 %

-Mantener la certificación ISO de la central de esterilización : SI / NO

Proyecto: 2019_0914 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ninguna
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA . 2019

2. RESPONSABLE ILDA MURILLO FLOREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARCO BETES VICTOR. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
- LLIMIÑANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. BIOQUIMICA
- ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2018 iniciamos el desarrollo de éste proyecto con el "Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Mieloma Múltiple (MM) y Gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI)" con importantes avances, logrando elaborar protocolo de diagnóstico y guía de acogida para pacientes, durante este año, la propuesta es, dando continuidad al proyecto anterior, elaborar el protocolo de tratamiento y seguimiento de estas patologías con un equipo interdisciplinar. Aunque son muchos los especialistas que en un momento dado pueden estar involucrados en el manejo de estos pacientes, este protocolo incluirá, especialmente los Servicios de Nefrología y Farmacia. Contar con una guía de manejo de estos pacientes, de un lado permitirá disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantizar una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo fundamental es culminar la elaboración del protocolo o guía multidisciplinar de manejo del MM, enfocado ya en el tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto. Pretendemos definir claramente los tratamientos a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes. También pretendemos con este proyecto definir las recomendaciones del tratamiento agudo del paciente con MM que debuta con fracaso renal agudo, hecho que implica un peor pronóstico y una mayor morbilidad para el paciente, en este sentido la coordinación con el Sº de Nefrología es fundamental dado que estos pacientes pueden requerir terapia sustitutiva renal específica con filtros de alto cutt off (Theralite) para la prevención del daño renal irreversible. Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos. De otra parte, pretendemos evaluar la aplicación del protocolo diagnóstico realizado en 2018 y que ha empezado a ponerse en práctica este año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Revisión de la bibliografía específica sobre tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Nefrología, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia terapéutica a adoptar.
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento Mieloma Múltiple y GMSI: Indicador: Elaborada SI o NO.
-Evaluación de indicadores de evaluación del protocolo de diagnóstico de MM y GMSI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo a Julio de 2019: Reuniones de consenso. Presentación de la guía de diagnóstico en Sesión general del Hospital San Jorge.
-Septiembre a Octubre 2019: Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento y presentación ante Unidad de Calidad .
-Noviembre - Diciembre 2019: Evaluación de aplicación de guía de diagnóstico de MM.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA . 2019

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE VICTOR MARCO BETES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MURILLO FLOREZ ILDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- LACALLE AICUA LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- LEZA BRUIS DIANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- AMADOR RODRIGUEZ PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- MILLAN ACERO ANA ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El riesgo y el tipo de infecciones en el paciente hematológico está cambiando y cada vez se hace más complicado su manejo, de tal forma que las infecciones en estos pacientes constituyen una de las principales causas de muerte. Esto es debido a: la introducción de protocolos de quimioterapia más intensivos que originan neutropenias más profundas y duraderas, que dañan severamente las mucosas de los pacientes y que precisan para su administración catéteres venosos centrales con la consiguiente rotura de barreras defensivas; al aumento de nuevos tipos de Alo-TPH de médula ósea, que conllevan mayor riesgo de complicación infecciosa y de microorganismos oportunistas; al amplio uso de anticuerpos monoclonales y de otros agentes biológicos que alteran la inmunidad del paciente; la mayor edad del paciente y al aumento de sus comorbilidades y al aumento de microorganismos multirresistentes debido principalmente al uso inadecuado de antibióticos

Es importante que los facultativos que atendemos este tipo de pacientes sepamos realizar un correcto diagnóstico de la infección y un manejo adecuado del tratamiento

La intención de este protocolo es revisar la información y nivel de evidencia existente en las diferentes guías de consenso internacionales y nacionales sobre el paciente hematológico con neutropenia febril y realizar una serie de recomendaciones y normas de manejo que nos sirvan para tratar adecuadamente estos pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir aprobación del protocolo referido. Los pacientes o población diana a los que se dirige este proyecto es a todos los pacientes hematológicos con neutropenia que presenten un cuadro febril y que acudan al Servicio de Urgencias o que estén en Hospitalización de nuestro Hospital. Los Servicios implicados en este proyecto son todos aquellos que contribuyan de alguna medida en el diagnóstico o tratamiento de estos pacientes (los Servicios de Hematología, Urgencias, Microbiología y Farmacia)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de protocolo de diagnóstico y manejo del paciente hematológico con neutropenia febril en función de nivel de evidencia de las guías nacionales e internacionales y adaptado a las características estructurales y epidemiológicas de nuestro Hospital.

Consensuar dicho protocolo con los Servicios de Hematología y Urgencias y conseguir la aprobación del mismo por la Comisión de Infecciones.

Realizar reuniones multidisciplinarias para valorar cumplimiento de indicadores marcados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Descripción microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico año 2018
Consumo de antibióticos en Hematología años 2017-2018
Hemocultivos positivos informados igual o superior al 80% año 2018
Aceptación del protocolo por la Comisión de Infecciones en el año 2019
Comprobación de porcentaje de pacientes en los que se ha desescalado antibiótico desde marzo 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-2019: Recogida microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico en año 2018. Inicio recogida de datos de tratamientos antibióticos desescalados en pacientes hematológicos.

Abril-2019: Elaboración de protocolo.

Junio-2019: Presentación del protocolo ante la Comisión de Infecciones para valorar su aprobación.

Septiembre-2019: Realizar las modificaciones oportunas del protocolo tras revisión por la Comisión de Infecciones para que pueda ser aprobado.

Octubre-2019: Publicación del protocolo en la intranet del Sector de Huesca.

Noviembre-diciembre 2019: reuniones multidisciplinarias con los Servicios para valoración de los indicadores marcados

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0698 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE LAURA LACALLE AICUA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MORENO PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· TALAL EL-ABUR ISSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CASTILLO JEREZ MARCELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· MUÑOZ MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CEBOLLERO MATA MARISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es un hecho que la población de pacientes anticoagulados es cada vez mayor y en muchas ocasiones se trata de pacientes pluripatológicos que deben ser atendidos por diversas complicaciones en cualquier servicio hospitalario. Consideramos que es imprescindible crear un registro de todos estos pacientes de cara a seguimiento clínico y sobre todo de cara a poder recibir tratamiento adecuado en complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas.

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes anticoagulados hospitalizados o ambulatorios (con cualquier anticoagulante oral o parenteral) para valorar el cumplimiento terapéutico y el control de posibles complicaciones.

Ya contamos con la ventaja de disponer una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados y dispuesta al resto de especialidades para atender cualquier cuestión en el manejo de los pacientes anticoagulados, en aras de conseguir mayor seguridad clínica para estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.
3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con AVK y ACOD y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Establecer mediante un protocolo de derivación, un circuito intrahospitalario, para que aquellos pacientes que inician un anticoagulante oral, o precisen cualquier tipo de seguimiento (clínico, analítico o terapia puente...) sean fácilmente remitidos al Servicio de Hematología.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de la nueva hoja de consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. N° pacientes anticoagulados de novo con AVK/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.
2. N° pacientes anticoagulados de novo con ACOD/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.
3. N° de pacientes anticoagulados de novo que han precisado cambio de tratamiento anticoagulante/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En marzo del 2019 entrega del protocolo de derivación del paciente anticoagulado.
Una vez aceptado por la comisión de Calidad, implementar todo el material redactado para este propósito y facilitarlo al resto de facultativos.

En abril del 2019 abrir una agenda de trabajo para la consulta de anticoagulación.

En mayo del 2019 inicio de citación de pacientes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Los registros previamente expuestos se podrán realizar si se implementa el sistema informático adecuado para dicho propósito (ya aprobado y pendiente de instalar).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0698 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulación
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE CRISTINA SECORUN PACO
· Profesión TEL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARBAJOSA RODRIGUEZ CINTA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTINEZ LOPEZ MARIA CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GONZALEZ RIOS ISABEL. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPE ANDREU LAURA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GUISERIS ANDRES SUSANA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALBA ANDRES MARIA LUZ. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el servicio de hematología y hemoterapia del Hospital SanJorge, no hay procedimientos de trabajo de las distintas secciones, cuando debido a incidencias, bajas por enfermedad, sustituciones de verano, renunciadas por mejora de empleo, etc, viene un T.E.L. nuevo, se tiene que reforzar en su aprendizaje con notas que son dependientes del T.E.L. que le explica el puesto de trabajo, lo cual puede llevar errores en la percepción de la información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realización de un procedimiento de trabajo para las secciones de hemogramas y V.S.G, coagulación y Banco de Sangre. Los T.E.L. de nueva incorporación deben tener un soporte, bien en papel o en el ordenador en una carpeta, en el cual se puedan apoyar para resolver dudas y les sirva de guía en el aprendizaje.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El T.E.L. responsable de la sección elaborará un borrador describiendo sus tareas diarias, mantenimientos de los aparatos, reactivos de uso, localización de reactivos, introducción de datos en el SIL, se pasará a el resto de T.E.L. para que apunte sugerencias, nuevas acciones, etc. Se consensuarán entre todos los T.E.L. del servicio de hematología y finalmente serán evaluados por los hematólogos y será aprobado por el jefe de servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Al finalizar el año:

El 90 % del personal T.E.L. deberá haber asistido al 80% de las reuniones de puesta en común de los procedimientos.

Elaboración mínima 2 procedimientos de trabajo.

Se elaborará una encuesta de satisfacción para los T.E.L. de nueva incorporación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De mayo a Junio, elaboración de borradores de cada sección.

Julio, Agosto y Septiembre repaso de los borradores por los diferentes T.E.L.

Octubre, 2 reuniones una para puesta en común y otra para conclusiones. Elaboración de la encuesta.

Noviembre, lectura y aprobación o modificación por parte de los hematólogos.

Diciembre, aprobación e impresión en papel de los procedimientos y colocación en los distintos puestos de trabajo en una carpeta accesible en el ordenador de cada sección.

De Enero a Julio del 2020, encuesta de satisfacción de los T.E.L. de nueva incorporación.

Agosto 2020 conclusiones y valoración de la encuesta

9. RECURSOS NECESARIOS.

Excel para registrar las asistencias

Bloc para registrar los cambios y anotaciones

Word para elaborar la encuesta de satisfacción

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

2. RESPONSABLE MONICA CALLEN SALVATIERRA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANORO CASBAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- MALON MARCO AMAYA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- SANCHEZ LANUZA MAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- COLUMBRE RE AZNAR ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- LAIRLA MORLANS LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- LIESA PELAY LORENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITALIZACION
- FERNANDEZ RUIZ ALEXIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En nuestra practica diaria en la planta 6ª del hospital San Jorge observamos que la situación clínica del paciente al final de la vida difiere con las intervenciones diagnosticas y terapéuticas aplicadas, repercutiendo en el bienestar del paciente y en el gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Revisar la indicación de las intervenciones diagnosticas y terapéuticas en los pacientes terminales que fallecen hospitalizados en los servicios de neurología,cardiología,neumología,nefrología, oncología médica y de cualquier otra especialidad ingresada en nuestra unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones periódicas del grupo de trabajo.

Recogida de datos de manera retrospectiva creando una base de datos en la que se recogen variables demográficas, pruebas complementarias y tratamientos.

Realización de una sesión clínica informativa a distintos profesionales sanitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes con un esquema terapéutico y de cuidados adecuado a la situación clínica del paciente.

% de pacientes a los que se les realiza una prueba complementaria no indicada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La recogida de datos se realizará durante un periodo de cuatro meses (desde el 12 de febrero del 2019 al 12 de junio de 2019),valorando la situación del paciente a los cinco días, 3 días y 24 horas previas al fallecimiento del paciente.

Análisis de los datos durante cuatro meses.

Sesión clínica informativa en noviembre-diciembre.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Revisión de historias clínicas,cumplimentación de la base de datos y análisis estadístico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología terminal.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0907 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA ACTUALIZACION CONTINUADA Y PUBLICACION DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE SILVIA PABLO JULVEZ
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTERO ALONSO GEMMA. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H SAN JORGE. CONTROL DE GESTION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La intranet del Sector de Huesca, así como las del resto de hospitales y atención primaria ha ido creciendo y ampliando su contenido llegando a ser una valiosa fuente de recursos a donde acuden los profesionales. Sin embargo, algunos contenidos se encuentran desactualizados y/o obsoletos. Resulta preciso la definición de un protocolo que establezca su retirada o sustitución, según proceda; El actual proceso de publicación necesita de permiso expreso, sin embargo, en caso de concederse no se establece o indica ubicación, período de vigencia u otra información de interés, etc. Lo cual conduce a un complejo mantenimiento del contenido, que en ocasiones deriva en tener publicada más información de la precisa al no ser ni actual ni vigente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la accesibilidad a la intranet del sector

- Mantener la intranet actualizada, veraz y con la información contrastada

- Crear un circuito ágil en la gestión de contenidos

- Protocolizar los permisos necesarios para publicar contenidos

- Explotación de los datos obtenidos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con la Comisión de Adecuación Tecnológica para la coordinación con actividades sobre contenidos e idoneidad de los mismos con respecto al contenido y lugar de ubicación, además de persona técnica asesora de idoneidad de datos de cada epígrafe.

Se procederá a la Revisión de lo ya contenido y posible integración de los nuevas solicitudes de publicación.

Se identificarán las Personas acreditadas para publicar sin solicitud, (responsables de comisiones, sesiones, etc)

Protocolo de solicitudes y confección de la misma, en colaboración con los responsables

Para la publicación de documentos asistenciales (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) se seguirá lo establecido en el procedimiento de control de documentación del Sector, mientras esté vigente

Se establecerá un procedimiento de auditoría periódica para detectar documentos obsoletos o con ubicación errónea, elaborando una lista de comprobación con distintos criterios (ejemplo: eventos caducados, procedimientos obsoletos y/o que precisan revisión, referencias de profesionales que ya no trabajan en el centro etc)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de documentos asistenciales obsoletos / total de documentos asistenciales alojados en la intranet. Estándar < 5%

% de items de la lista de comprobación que no cumplen los criterios de calidad establecidos / total de items comprobados. Estándar < 10%

El protocolo se hace público para el general conocimiento de los trabajadores. Estándar SI/NO

Las nuevas publicaciones se hacen de acuerdo al protocolo creado. Estándar SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El año 2019

- Abril a julio 2019 - Estudio de los distintos epígrafes para establecer responsables técnicos
- Agosto 2019 - Reunión con Comisión de Adecuación tecnológica
- Septiembre 2019 - Reunión con responsables de aprobar las publicaciones
- Octubre 2019 - Confección de ficha de solicitud de publicación

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0907 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA ACTUALIZACION CONTINUADA Y PUBLICACION DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

2. RESPONSABLE JESUS VIBAN FORTUNY
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TORRALBA CAMPOS LUISA ANTONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CONTRATOS
· MALLADA OTIN MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. FACTURACION
· PARDO MONESMA JESUS. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H SAN JORGE. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta una necesidad por parte de los servicios de Admisión, Facturación y Seguimiento de Contratos, del hospital San Jorge de Huesca, de llevar un seguimiento de solicitudes de prestaciones que se realizan en centros externos al SALUD (como por ejemplo, las resonancias magnéticas que se realizan en el Centro de Diagnóstico por Imagen, gammagrafías, o pruebas para determinar posibles alergias).

Esta necesidad se ha detectado principalmente por la comprobación de dilatación en el tiempo de la ejecución de dichas prestaciones, y uno de los objetivos principales es evitar esta demora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos a alcanzar serían los siguientes:

- Obtener un marco de referencia en el seguimiento y control de las prestaciones que se realizan en centros externos al Servicio Aragonés de Salud a pacientes pertenecientes al ámbito público
- Establecer las prestaciones y los centros sobre las que se implantará dicho seguimiento

Los resultados a conseguir serían los siguientes:

- Disponer de la capacidad de seguimiento sobre la derivación de pacientes a centros externos al Sistema Aragonés de Salud
- Facilitar el seguimiento de los plazos fijados para asegurar que se realizan dichas prestaciones en los periodos estipulados y evitar así demoras innecesarias

La población diana sería aquella que, perteneciendo al ámbito de la sanidad pública, necesita ser derivada a centros externos para poder obtener resultados de las prestaciones que no son ejecutadas por el Servicio Aragonés de Salud en el sector de Huesca.

Los servicios a los que se dirige el proyecto serían, dentro del hospital San Jorge de Huesca:

- servicio de Admisión
- servicio de Facturación
- servicio de Seguimiento de Contratos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Este plan se ha concebido tras consultarlo y analizarlo con los servicios expuestos anteriormente.

Para lograr los objetivos, se mantendrán reuniones con los servicios implicados, para asegurar el correcto diseño y concreción de detalles que determinarán el funcionamiento apropiado de la aplicación

Esto desembocará en el desarrollo de una aplicación web que permitirá desplegar las funcionalidades indicadas en el anterior punto.

La formación consistirá en la explicación del funcionamiento de la nueva herramienta a los servicios implicados.

Como recursos materiales, se dispondrán de los ya existentes.

Las fuentes de datos serán las siguientes:

- Los datos de la solicitud de la prestación que habrá emitido el profesional sanitario a través de un volante de petición y que serán registrados en la aplicación a través del servicio de Admisión

- El servicio de Facturación que grabará la fecha e importe de la factura definitiva, emitida por el centro que haya realizado la prestación correspondiente

- Se tomarán de otros Sistemas de Información (RIS-PACS, HCE, ...) las fechas de realización de la prestación y de elaboración del informe, en aquellos casos que aplique (prestaciones del CDI, Granada) que le servirán al servicio de Seguimiento de Contratos para evaluar la posible demora y como consecuencia, posible penalización a la entidad garante de realizar la prestación

Proyecto: 2019_1459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Ante la ausencia de indicadores previos, se va a proceder a establecer los indicadores estándar que servirán de referencia futura para el seguimiento y control de los objetivos establecidos.

Para ello podremos establecer los siguientes indicadores:

- Indicador sobre diferentes tipos de demoras:
 - ? pruebas normales demoradas / pruebas normales realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 30 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? pruebas preferentes demoradas / pruebas preferentes realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 7 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? pruebas ingresados|urgentes demoradas / pruebas ingresados|urgentes realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 48 horas (2 días) desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? informes en periodo establecido / pruebas realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 84 horas (3,5 días) desde la fecha de solicitud de la prueba
- Indicadores sobre la mejora en la identificación del paciente/peticionario (médico y/o servicio):
 - o errores id paciente/pacientes para los que se solicita prueba <1%
 - o errores id médico/médicos solicitantes <5%
 - o errores id servicio/servicios solicitantes <1%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración estimada del proyecto sería de 12 meses, iniciándose en el mes de abril de 2019 y finalizando en marzo de 2020.

Tanto el desarrollo técnico como implantación de la aplicación correspondería al desarrollador de este proyecto.

La colaboración en la parte funcional del desarrollo de la aplicación correspondería a los responsables de los servicios implicados (Admisión, Facturación, Seguimiento de Contratos) .

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0854 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA CESAREA

2. RESPONSABLE ANA ISABEL LOPEZ SANVICENTE
- Profesión MATRONA
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. MATERNO-INFANTIL
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- OTAL LOSPAUS SILVIA. MATRONA. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - CARNICER CEBOLLERO MARTA. MATRONA. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - PEREZ LOURDES. MATRONA. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
 - AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cesárea es una intervención muy frecuente en la asistencia obstétrica. En términos generales en España, ronda el 25% de los partos, siendo un total del 17,9% de los mismos, asistidos en el Hospital San Jorge en el año 2018. Su realización requiere la colaboración multidisciplinar entre obstetras, matronas, anestesiastas, enfermería de quirófano y TCAES, que permita desarrollar un adecuado trabajo en equipo y colaboración en las diferentes etapas en las que se desarrolla. Si tenemos en cuenta que las cesáreas pueden ser de carácter programado o desarrollarse en el contexto de un trabajo de parto establecido, que conllevan consecuentemente mayor urgencia y actuaciones más rápidas, parece que resulta preciso, protocolizar la actuación y las responsabilidades particulares de cada uno de los miembros del equipo responsable de la atención de las mujeres, para de esta manera, lograr una óptima asistencia en cualquier situación.

Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de cesárea, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación puede servir como medio para la adquisición de buenas prácticas por todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer que por diferentes causas precisará una cesárea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en lo referente a las indicaciones de cesárea, preparación prequirúrgica de las pacientes y manejo y seguimiento postquirúrgico.
- Identificar las actividades y responsabilidades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que van a asistir a las mujeres sometidas a cesárea.
- Elaborar una matriz temporal de todas las actividades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Información a todos los profesionales que participen en la asistencia a la mujer sometida a cesárea, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica de cesárea, realizado por los profesionales que participen en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva consensuada con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará la vía clínica definitiva al coordinador del servicio de obstetricia y ginecología y los demás profesionales que intervienen en la asistencia de las pacientes sometidas a cesárea.
- Se implantará en la práctica asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de cesárea a los tres meses de su implantación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Desde Marzo hasta Junio de 2019 se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En Julio de 2019 comenzará su implantación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia
- En Octubre de 2019 se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva a partir de Noviembre- Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0854 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA CESAREA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

2. RESPONSABLE SANDRA BESCOS VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· POLO MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ALFARO ESCARTIN MARGARITA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ALASTUEY LOPEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· GIL ALOS ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MATEO CREMALLET ANA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BUESA PUEYO SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad.

Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad.

Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort.

La acogida de la familia mediante la entrega de un tríptico informativo elaborado en año pasado donde se explican cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.

- Mejorar el grado de satisfacción de las familias y del paciente al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El grupo de trabajo "HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE" integrado por una representación de la Unidad de Cuidados Intensivos se encargará de:

- Presentar a la Comisión de Calidad los diseños del protocolo de acogida a familiares ingresados en la UCI y la guía elaborados el año 2018
- Presentar en el servicio el protocolo de acogida a familiares ingresados en nuestra unidad y la guía elaborados el año 2018 una vez hayan sido aprobados, antes de su puesta en marcha
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa
- Valoración del nivel de satisfacción al alta de familiares y pacientes por parte de un grupo que representará a los colectivos de nuestra unidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar >80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)
- Resultado de las encuestas de satisfacción entregadas a familiares y pacientes

Proyecto: 2019_0275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Modificación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la programación de la docencia a la unidad. Revisión de las encuestas de satisfacción cada cuatro meses

9. RECURSOS NECESARIOS.

DOCUMENTACIÓN: GUÍA Y TRÍPTICO DE ACOGIDA A FAMILIARE, ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ANÓNIMAS A FAMILIARES Y PACIENTES. CREACIÓN DEL GRUPO DE VALORACIÓN DE LAS ENCUESTAS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes críticos y sus acompañantes
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCIÓN, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES ADVERSOS EN UCI

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE EITO ARNAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRECHIN PERTUSA RAUL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
· CABALLERO NUÑEZ SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UCI
· BUESA ESCAR ANA MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
· ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
· PUYUELO CALVO EVA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
· JIMENEZ RIOS MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UCI
· MARIN IBAÑEZ MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el transcurso del trabajo habitual en una UCI pueden ocasionarse incidentes no desados/no previsibles que son susceptibles de alcanzar al paciente/provocar daño. Mediante la monitorización de estos incidentes y su posterior análisis se pretende identificar los más habituales y el daño real/potencial que llega a los pacientes. Actualmente el uso del sistema SINASP es escaso, fundamentalmente por renovación del personal y la falta de formación e información, sobre su utilización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Formación del equipo sobre el uso del programa sinasp
- Monitorización sistemática de incidentes
- Identificación de incidentes más comunes
- Evaluación continua/feed back entre incidente-plan de acción (corrección)
- Lograr una pauta sistemática de información entre profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- programa sinasp/formación curso sinasp
- comunicación continua y sistemática entre profesionales en cambios de turno.
- reunión anual para exposición de resultados y objetivos: " ronda de seguridad"
- publicación de resultados en la unidad
- integrar en el check list de cada paciente un item específico que recuerde la necesidad de valorar en cada turno la posible existencia de eventos adversos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Numero de comunicaciones al programa sinasp (número de notificaciones > año anterior)(estándar y límites pendientes de definir)

-Numero de personas que realizan el curso de formación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión continua según el grado de frecuencia de aparición de un evento.

- 1.- sesion/es de formación e información: primer trimestre
- 2.- crear nucleo de seguridad de la Unidad (2-4 personas) (primer trimestre)
- 3.- Reunion de análisis de los incidentes notificados y/o los más importantes: semestral
- 4.- Información anual de resultados mediante reunión de los miembros del servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Implantación del programa SINASP en todos los equipos informáticos de la unidad

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCIÓN, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES ADVERSOS EN UCI

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA CRITICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. RESPONSABLE ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· CERRO JUNCOSA ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BUESA ESCAR ANA MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· FRECHIN PERTUSA RAUL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· POLO MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LAIRLA OLIVAN MARTA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ALFARO ESCARTIN MARGARITA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un grave problema de salud pública a nivel mundial. Las Infecciones del tracto urinario (ITU) son IRAS frecuentes y producen aumento de morbimortalidad..

Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral (SU) en algún momento de su estancia. El 70% de las ITU están asociadas con el uso de sonda uretral (SU). El ratio de utilización es UCI es del 0,86 (ENVIN-UCI 2016). El 95% de las ITU-SU ocurren en UCI.

Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Desde la implementación de los proyectos BZ, NZ y RZ se ha producido una reducción de la tasa de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral del 12,4%, sin embargo continua siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3,75 ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Se ha realizado una revisión bibliográfica y se han elaborado una serie de recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada de la sonda uretral con el objetivo principal de disminuir las tasas de incidencia de infecciones relacionadas con el sondaje uretral.

Nuestra unidad como en los anteriores proyectos Zero se ha sumado a este proyecto con el objetivo de disminuir nuestras tasas de infección relacionada con la sonda uretral. Por lo tanto a lo largo del de este año se va empezar el proyecto tras haber elaborado un nuevo protocolo de sondaje, una formación previa del personal y una modificación de nuestro programa informático para poder registrar las medidas realizadas en la inserción, cuidados y retirada de la sonda.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal:

- Reducir la media del sistema nacional de salud de la densidad de incidencia (DI) de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a = 2,7 episodios.

Objetivos secundarios:

- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias, a = 0,7.

- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las ITU-SU respecto el total de los utilizados para tratar infecciones asociadas a dispositivos a lo largo del periodo de estudio.

- Formación específica en el "Proyecto ITU-ZERO" de = 80% del personal asistencial de las unidades participantes en el proyecto.

- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un nuevo protocolo de sondaje.

- Formación presencial en pequeños grupos a todo el personal de la UCI y posterior formación on line.

- Elaboración de paneles con las nuevas recomendaciones en la UNIDAD.

- Implementación en el programa informático de las nuevas recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada para su cumplimiento y registro.

- Recogida de datos en la Base de datos ENVIN.

- Comunicación mensual de las tasas de infección al personal de la UCI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Densidad de incidencia de infección del tracto urinario asociada a sonda uretral por 1000 días de dispositivo

- Porcentaje de pacientes con infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto

al total de pacientes analizados

Proyecto: 2019_0556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Ratio de utilización de sonda uretral.
- Antimicrobianos indicados para el tratamiento de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto el total de antimicrobianos indicados en el tratamiento de las infecciones asociadas a dispositivo.
- Porcentaje de profesionales sanitarios con formación específica en el Proyecto "ITU-ZERO".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de Inicio Enero 2019

Fecha de finalización Abril 2020

Noviembre - Diciembre 2018 formación presencial del personal de UCI Y RELIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN ON LINE
Diciembre- Enero 2018 realización nuevo protocolo de sondaje urinario del hospital y ratificación por la Comisión de Calidad

Diciembre 2018: incorporación a nuestra base de datos check list y cuidados de inserción y mantenimiento de la sonda.

Enero 2019 - Abril 2020: puesta en marcha del proyecto con la realización de las nuevas medidas y recogida de los datos en la base de datos ENVIN HELICS y análisis mes a mes con información de las tasas de infección al personal de la UCI.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos de trabajo diario

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo paciente ingresado en UCI con cualquier patología que precise la colocación de una sonda uretral

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0021 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

2. RESPONSABLE RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBAILE SARASA ROSARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· SERVETO GALINDO OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· MADANI PEREZ JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· ANTON QUIROGA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONDIA GIMENO ALFREDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria tiene una incidencia de entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados; se estima que en España, extrapolando datos de nuestro entorno, se producen unas 18000 PCR al año, siendo, por lo tanto, un importante problema de Salud Pública.

La supervivencia es sólo de 1 de cada 5 pacientes, y de éstos pacientes supervivientes hasta un 30% presentarán secuelas neurológicas graves con lesión cerebral permanente. La mayoría de los casos que sobreviven son pacientes ingresados en Unidades de Críticos, mientras que la supervivencia de las PCR que ocurren fuera de estas áreas de hospitalización es de 1 cada 6 pacientes, siendo en estas zonas donde se producen la mitad de las PCR del hospital.

Existe la evidencia de que se pueden mejorar los datos de supervivencia y disminuir las secuelas tras una PCR, si se mejora la respuesta asistencial, mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. En el año 2005, Perales y col. publicaron las recomendaciones para obtener estos objetivos, entre las que se incluye que "el personal del Hospital debe estar entrenado y reciclado en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad", para lo cual se debe establecer un programa de formación continua y periódica tanto del personal sanitario como no sanitario en técnicas de RCP. La docencia y cursos de reciclaje deben estar programados y difundidos, para que todo el personal tenga acceso a ellos.

La formación en RCP del personal que trabaja en un hospital tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad de la PCR, lo cual depende de la calidad y rapidez con la que se realiza la RCP. Por ello deben garantizarse cursos anuales de RCP, talleres de actualización y simulacros de PCR. Distintos estudios han demostrado que la realización de cursos de soporte vital instrumental conlleva una reducción del número de PCR y un aumento del número de avisos de situaciones preparada. La información sobre la existencia de estos cursos debe ser ampliamente distribuida, de manera que llegue al mayor número posible de trabajadores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la difusión de los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.
Realización periódica de talleres de actualización de RCP para el personal del Hospital San Jorge.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar un plan de divulgación de la realización de cursos y talleres de formación de RCP, aparte de lo publicado en el Portal del Empleado, mediante la colocación de cartelera en puntos visibles del Hospital, despachos, controles de enfermería, así como con avisos en las Sesiones Generales, con la anticipación suficiente para facilitar la inscripción a dichos cursos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón

Dimensión: Satisfacción
Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de cursos de RCPx100/N° trabajadores del hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 85%

2 Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón

Dimensión: Satisfacción
Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los cursos de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Base de datos de cursos del hospital
Tipo: Resultado

Proyecto: 2019_0021 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Estándar: > 90%

3- Conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de talleres de actualización de RCPx100/N° trabajadores del hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 80%

4- Ocupación de las plazas ofertadas en los talleres de actualización de RCP

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los talleres de actualización de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Base de datos de cursos del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará a lo largo del año 2019, una vez estén publicados los cursos de RCP acreditados en el Portal del Empleado y difundidos los talleres de actualización de RCP. Los resultados se evaluarán al finalizar el año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula disponible y material necesario para la realización de talleres de actualización de RCP. Cartelería informativa de los cursos de RCP acreditados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población sana, trabajadores del Hospital San Jorge

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

2. RESPONSABLE TERESA OMISTE SANVICENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- ANDRES GARCIA DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- BELTRAN ALOS CLARA. ENFERMERO/A. RM CIUDAD DE HUESCA. GERIATRIA
- MAUREL GRUAS ALEJANDRO. ENFERMERO/A. RM CIUDAD DE HUESCA. GERIATRIA
- CARMONA ESCRIBANO VALLE. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- JIMENO GRIÑO CARMEN. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- BETRAN ESCARTIN ANA I. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La prevalencia del SARM ha aumentado progresivamente durante los últimos años, tanto en España como en el resto de Europa. En la actualidad se considera un gran problema de salud pública por su carácter pandémico. Pese a la existencia de recomendaciones, guías y protocolos existentes en los diferentes Centros hospitalarios españoles continúa la elevada incidencia de SARM en dichos Centros, así como en las residencias geriátricas e incluso fuera de dichos entornos. El mapa de resistencias analizado en el Hospital San Jorge en últimos años (2016 y 2017) muestra un porcentaje de SARM superior al 40%, tasa que se encuentra entre las más elevadas de nuestro país.

Las infecciones de SARM provocan un aumento de la morbilidad, incrementándose los costes sanitarios, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias.

Los pacientes colonizados por SARM tienen más probabilidades de desarrollar una infección por ese microorganismo que los pacientes colonizados por *S. aureus* sensible de desarrollar infecciones por este último. Además, las personas colonizadas, pueden transmitir el SARM sin saberlo, contribuyendo de forma involuntaria a que las infecciones por SARM se extiendan.

Las manos contaminadas del personal sanitario (o médico y de enfermería) es el mecanismo más frecuente de transmisión. El lavado de manos se considera como la medida más importante y eficaz para reducir los riesgos de transmisión, y debe aplicarse en el manejo de todos los ingresados y residentes; el uso de guantes no suplente dicha medida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- La población diana elegida son los residentes de la Residencia de personas mayores "Ciudad de Huesca" donde hay 128 residentes.
- El objetivo fundamental del proyecto es analizar la prevalencia de SARM en dicho centro residencial, diferenciando las personas portadoras, colonizadas e infectadas, así como estratificación del riesgo de transmisión de la población analizada.
- Otro resultado que se espera conseguir es concienciar al personal que trabaja en el centro elegido de la importancia y necesidad de que se realicen correctamente y se mantengan las prácticas de lavado de manos, contribuyendo así a disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar un listado de los residentes en la Residencia Ciudad de Huesca que tengan de más de 65 años analizando en cada uno de ellos el estado de portador o de colonización/infección por SARM.
2. Estudiar en los que aparezca SARM, los factores de riesgo de mayor transmisión:
 - Grado de autonomía personal medido por el índice de Barthel.
 - Nivel de deterioro cognoscitivo medido por test de Pfeiffer
 - Estado de piel y mucosas: presencia de lesiones en la piel (dermatitis, eccema), heridas o úlceras.
 - Situación médica (desnutrición, diabetes o inmunodepresión) y presencia de dispositivos invasivos (vías o sondas)
3. Realizar sesiones formativas sobre la higiene de manos para el personal que trabaja en dicho centro geriátrico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de personas (más del 80 % como objetivo) en los que se analiza el estado de portador, colonizado o infectado por SARM.
- Porcentaje global de aislamiento de SARM en las muestras analizadas.
- Análisis de los indicadores elegidos para estratificar el riesgo de transmisión en más del 80 % de los residentes en los que se aisle SARM.
- Realización de 2 talleres formativos a los trabajadores del centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se iniciará en marzo de 2019, completándose a finales de año. Se realizará una primera sesión formativa en el primer semestre de 2019 y una segunda en el

Proyecto: 2019_0372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

segundo semestre de este mismo año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Frotis para recogida de muestras y cultivo de SARM (nasal y perianal) en los residentes mayores de 65 años, previa firma de consentimiento informado por parte de los mismos, sus tutores o familiares .

10. OBSERVACIONES.

Se ha solicitado la autorización correspondiente a la realización de este estudio de investigación a la Dirección del Hospital San Jorge, que lo ha autorizado

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0375 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE HIPERTENSION ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE DANIEL ANDRES GARCIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
• MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
• PELAY CACHO RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
• MADROÑERO VUELTA ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
• DE DIOS ROMERO ALBERTO. MEDICO/A. H JACA. MEDICINA INTERNA
• CARMONA ESCRIBANO VALLE. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
• CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que precisa una valoración integral del paciente debido a la frecuente comorbilidad asociada. Por ello se ha creado en el Hospital San Jorge la Unidad Dermatología-Medicina Interna con el objetivo de mejorar la atención de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (RCV) moderado o alto por tener dos o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los enfermos psoriásicos alcanza en algunas series hasta más del 50% y se considera fundamental su control adecuado. La HTA enmascarada, definida como presión arterial clínica normal con presión ambulatoria elevada -diagnosticada con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA)- es una entidad que se asocia con un aumento de la morbilidad cardiovascular. Se ha descrito en la literatura que la prevalencia de HTA enmascarada en sujetos con algunos tipos de psoriasis es superior a la encontrada en personas sin psoriasis. Por ello parece razonable realizar un estudio con MAPA en estos enfermos para su diagnóstico y mejor control.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es valorar mediante MAPA la existencia de HTA enmascarada en los pacientes no hipertensos atendidos en esta Unidad, para un correcto abordaje de todos los FRCV.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se valorará la presencia de enfermedad cardiovascular establecida y FRCV en los pacientes valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna durante el segundo semestre del 2019. Los sujetos incluidos deben cumplir dos o más de los siguientes criterios:

- HTA: PA = 140/90 mmHg o estar bajo tratamiento antihipertensivo.
- Dislipemia: Colesterol total > 200 mg/dl y/ o LDL > 130 o tratamiento hipolipemiente
- Diabetes mellitus: HbA1C > 6.5% o glucemia = 126 mg/dl o tratamiento
- Obesidad: IMC =30 y/o perímetro de cintura > 80 cm ? y > 94 ?
- Hábito tabáquico

Se realizará estudio de MAPA durante 24 horas a los sujetos no hipertensos para valorar la existencia de HTA enmascarada y de ese modo mejorar la valoración global del RCV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- "Número de pacientes atendidos en la Unidad Dermatología-Medicina Interna en los que se valora la presencia de enfermedad cardiovascular y FRCV". (Estándar 80%)
- "Porcentaje de sujetos no hipertensos atendidos en la Unidad a los que se realiza MAPA de 24 horas". (Estándar 80%)
- "Número de pacientes con datos de HTA enmascarada en MAPA".
- "Número de enfermos en los que se realiza una intervención terapéutica tras diagnóstico de HTA enmascarada con MAPA".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La consulta de la Unidad Dermatología-Medicina Interna se lleva a cabo una vez al mes, de forma conjunta con dos facultativos, uno de Dermatología y otro de Medicina Interna. La recogida de datos y seguimiento de los sujetos se desarrollará en el segundo semestre de 2019. Tras ser valorados en la consulta se citará a los sujetos no hipertensos de forma ambulatoria para realizar estudio de MAPA durante 24 horas. Según los datos obtenidos de su valoración global se instaurarán las medidas higiénico dietéticas y farmacológicas necesarias para optimizar su RCV.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La consulta se realiza en la consultas 39 del Hospital San Jorge con dos facultativos, uno de Dermatología y uno de Medicina Interna. Se precisa báscula, tallímetro, esfigmomanómetro con manguito de presión adecuado al diámetro del brazo y pruebas de laboratorio: perfil lipídico (colesterol total, fracciones LDL y HTA, triglicéridos) y glucémico

Proyecto: 2019_0375 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE HIPERTENSION ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

(glucosa, hemoglobina glicada).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERPRETACION DE MEDIDAS AMBULATORIAS DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) ENTRE EL C.S DE BARBASTRO Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA Y TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS BASADAS EN LA MAPA

2. RESPONSABLE PABLO SANCHEZ-RUBIO LEZCANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MALLEN DIAZ DE TERRAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- JIMENO GRIÑO CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- SEGARRA PILAR. MEDICO/A. H JACA. MEDICINA INTERNA
- CALVO BEGUERIA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- LAUSIN SAGRARIO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La MAPA es una prueba diagnóstica empleada para el diagnóstico y clasificación de la Hipertensión Arterial (HTA). Permite tanto el diagnóstico de la misma como la clasificación en diferentes tipos de HTA (HTA de bata blanca, HTA enmascarada, HTA nocturna..) y además es la única prueba que nos permite diferenciar si se produce el fisiológico descenso nocturno de la misma. Lo anteriormente descrito es de suma importancia ya que conlleva importantes consecuencias en cuanto al aumento de riesgo cardiovascular y la probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares mortales o incapacitantes con la carga emocional y económica que suponen. Gracias a la MAPA podemos tomar decisiones terapéuticas que nos permitan evitar o disminuir dichos eventos. Actualmente la MAPA está disponible en muchos Centros de Salud (incluido el de Barbastro) y, en ocasiones, los datos que genera una MAPA son difíciles de interpretar y como consecuencia de ello las decisiones terapéuticas a tomar partir de dicha interpretación son complicadas. Esto lo hemos detectado a partir de contactos con el C.S de Barbastro, en los cuales nos han transmitido el deseo de contar con un apoyo externo para paliar dicha situación. La importancia del proyecto radica en que es una prueba que se realiza con mucha frecuencia y, como hemos explicado antes, tiene importantes repercusiones de salud y económicas si las decisiones que se toman a partir de ella son las correctas. Este proyecto consiste en analizar y apoyar todas aquellas MAPAS que fueran de dudosa interpretación, así como ayudar en la toma de decisiones terapéuticas basadas en dicha prueba. No precisa de ningún recurso extra, ya que el aparato para la MAPA ya está disponible y en uso y los informes que genera se pueden enviar por e-mail y ser interpretados en otro Centro, remitiendo un informe de la prueba. Su utilidad radica en que cubre una carencia detectada por los Médicos del C.S de Barbastro y va a ayudar a tomar mejores decisiones terapéuticas, además de suponer una colaboración entre distintos niveles asistenciales. De este modo mejoramos la práctica clínica diaria aportando seguridad en las modificaciones a realizar en los tratamientos basados en la MAPA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Resultados: interpretación del número de MAPAS que sea requerido, así como apoyar las modificaciones en el tratamiento que se puedan producir basados en esas MAPAS.

Población diana: pacientes a partir de 14 años que sean subsidiarios de ser sometidos a MAPA.

Servicios implicados: Atención Primaria del Centro de Salud de Barbastro y Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán interconsultas a través de la Historia Clínica Electrónica con los informes generados por la MAPA, además de estar a disposición telefónicamente para cualquier duda que pueda surgir tanto en nuestra interpretación de la prueba como en cualquier otro aspecto relativo al paciente. Los informes podrán enviarse por correo interno y ser comentados por vía telefónica si fuera necesario. Dado al acceso completo al informe de la MAPA como al historial completo del paciente recogido en la Historia Clínica Electrónica no están previstas reuniones presenciales. Previo a este Proyecto se ha realizado una Sesión Clínica en el Centro de Salud de Barbastro sobre formación en MAPA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de MAPAS consultados.
- Porcentaje de MAPAS consultados en los que se resuelve una duda (standard 80%)
- N° de cambios en el tratamiento (modificación de molécula o de dosis de la misma).
- N° de fármacos retirados.
- N° de cronoterapias realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las fechas escogidas para la realización de las actividades son:

Fecha de inicio: 15 de marzo 2019

Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2019.

Proyecto: 2019_0441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERPRETACION DE MEDIDAS AMBULATORIAS DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) ENTRE EL C.S DE BARBASTRO Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA Y TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS BASADAS EN LA MAPA

Los responsables son los arriba citados, los miembros del proyecto que trabajan en el C.S de Barbastro serán los responsables de la recogida y envío de los MAPAS que precisen de consulta, siendo el receptor de los mismos Pablo Sánchez-Rubio, el cual distribuirá los informes entre los miembros de Medicina Interna incluidos en el proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.
No requiere de nuevos recursos.

10. OBSERVACIONES.
Ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0801 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE MARIA BLANCA JUSTE GRACIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SALVATIERRA DOMPER SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dado el aumento de pacientes con necesidad de vacunaciones por pertenecer a grupos de riesgo incluidos en el protocolo de nuestro hospital (PO-03-HU) y administrar desde el servicio de farmacia del hospital este tipo de vacunas para que el paciente lo gestionase en su centro de salud, nos planteamos que dichas vacunas se administren en el hospital para un mejor control de la cadena del frío, de la administración y del seguimiento de las mismas. Este tipo de atención sanitaria ya se está llevando a cabo en varios hospitales de nuestra comunidad con buenos resultados de adhesión y control

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Administrar en nuestra consulta de enfermería de vacunas al 80% de los pacientes vistos en la consulta médica de M. Preventiva con prescripción de las mismas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El 01/03/2019 se inicia la consulta de vacunaciones de pacientes de riesgo incluidos en el protocolo (PO-03-HU) por parte de enfermería de la unidad de M. Preventiva.

Tras la consulta médica, realizamos una revisión de los informes de vacunación de los pacientes vistos por el facultativo de M. Preventiva, programándolos según las pautas personalizadas de cada paciente de acuerdo con sus patologías .

Citamos a los pacientes a través del programa HIS, y tras la primera dosis de vacuna, se le entrega una cartilla donde se registran los siguientes datos: Vacuna administrada, fecha, lote y caducidad, exteidad dónde se administra, todos estos datos son registrados también en su Hª Clínica, incluyendo los efectos adversos comunicados por el paciente (a través de vía telefónica o bien personalmente)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes vacunados en consulta de enfermería según informe médico/total de pacientes derivados de la consulta médica de M.Preventiva.

Se pretende conseguir un porcentaje mayor o igual al 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Evaluación de resultados e introducción de medidas correctoras: 6 MESES

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Consulta de Enfermería :
- Registro informático para introducir la información de los pacientes vacunado
- Tarjetas de vacunación proporcionadas por el servicio de programación del hospital

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes incluidos en Protocolo de vacunación en pacientes en grupos de riesgo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0083 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AMADOR RODRIGUEZ PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. H SAN JORGE. SUBDIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- ELBAILE SARASA ROSARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- LABARTA MONZON LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
- OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el año 2016 se está trabajando en el uso racional de los antibióticos a través del Grupo de PROA del Hospital San Jorge de Huesca. Durante este periodo se han realizado mapas de resistencia del Sector de Huesca, se ha obtenido el consumo de antimicrobianos y se ha realizado un seguimiento de los pacientes con bacteriemia así como los tratamientos administrados. La finalidad de estos programas es el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir el gasto farmacéutico y disminuir las tasas de resistencias de los diferentes microorganismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos que se proponen son:

- Informe de resistencias del Sector de Huesca correspondientes al año 2018
- Informe de consumo de antibióticos en DDD/100 estancias correspondiente al año 2018.
- Seguimiento de bacteriemias diagnosticadas durante el año 2018: vigilancia de microorganismos multirresistentes.
- Mortalidad cruda a los 14 días en pacientes con bacteriemia durante el año 2018.
- Estancia media hospitalaria en pacientes con bacteriemia durante el año 2018.
- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA durante 2018.
- Medición del tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA.
- Realizar el Documento de Programa PROA.
- Designar FEAs de enlace de diferentes Servicios/Unidades que más relación tienen con la prescripción de antimicrobianos.
- Realizar formación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividades:

- Analizar las resistencias bacterianas del año 2018
- Evaluar el uso y consumo de antibióticos del año 2018
- Planificar dos sesiones formativas en PROA.
- Seguimiento de bacteriemias
- Medición de los parámetros anteriores

Oferta de servicios:

- Formación de un equipo multidisciplinar en el que estarán incluidos un Farmacéutico, dos FEA del Servicio de Urgencias, un Intensivista, dos Internistas/Infectólogos, un Médico de Atención Primaria, un Preventivista y un Microbiólogo.
- Institucionalización: apoyo por parte de la Dirección del Hospital y de la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos
- Inclusión en los objetivos estratégicos del Hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de uso de antimicrobianos:

- La determinación de las DDD/100 estancias globales y por antimicrobiano del centro del año 2018. S/N

Indicadores de resistencias bacterianas:

- Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente y Staphylococcus aureus resistente a la meticilina. S/N

- Mapa de resistencias de 2018. S/N

Indicadores clínicos:

- Medición de la mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con bacteriemia en el centro, excluyendo los estafilococos coagulasa negativos. S/N

Proyecto: 2019_0083 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Porcentaje de bacteriemias atendido por el experto del equipo PROA. N° de pacientes atendidos por experto PROA/total bacteriemias =70%
 - Tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA. Se considera un resultado favorable un tiempo = 24 horas en el 70% de las bacteriemias.
 - Mortalidad cruda a los 14 días. S/N
 - Estancia media hospitalaria hasta el alta. S/N
 - Realización de Documento Programa PROA. S/N
 - Designar al menos 5 FEAs de enlace de 5 Servicios/Unidades. S/N
- Indicadores de formación:
- Realización de sesiones formativas. S/N

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mapa de resistencias de 2018: Presentación en mayo de 2019 y disponibilidad en intranet.
- Informe de consumo de antimicrobianos en DDD/100 estancias de 2018 disponible en intranet..
- Seguimiento de bacteriemias: todo el año 2019
- Formación de facultativos: dos sesiones: Mayo y octubre de 2019.
- Enero de 2020: evaluación de indicadores de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará un espacio físico para poder realizar las reuniones, que disponga de ordenador.

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación

Se precisará tiempo de personal facultativo para realizar todas las acciones previstas. Al ser las plantillas tan ajustadas se puede plantear contratar algún FEA para conseguir los objetivos planteados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POSTER INFORMATIVO TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

2. RESPONSABLE ROSA CORED NASARRE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARCOS GALEOTE ANGELA MARÍA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ALOS CORONAS ELENA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LOPEZ VILLA ANA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- UBIETO ROLDAN ANA BELEN. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LUIS GRACIA ANA MARÍA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LIESA LAFITA PAULA DEL CARMEN. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MALO PINTADO SUSANA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el Laboratorio de Microbiología, la calidad de la fase analítica y sus resultados dependen en gran medida de la fase preanalítica. Las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados. Con la existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la intranet del Sector de Huesca se pretende que las muestras clínicas cumplan los requerimientos adecuados para su estudio microbiológico (recipiente adecuado, volumen, transporte y conservación). Como el Manual de Toma de Muestras es un documento exhaustivo, creemos que la elaboración de un póster de fácil consulta y accesible al personal responsable de la obtención y envío de muestras, permitirá que éstas lleguen en las condiciones necesarias para realizar un correcto diagnóstico microbiológico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es la realización de un póster informativo donde figuren los contenedores, y características del transporte y conservación de las muestras más comúnmente enviadas al Servicio de Microbiología. Este póster pretenderá ser una guía accesible para facilitar la labor de elección, obtención y manejo de las principales muestras microbiológicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se pretende elaborar un póster informativo donde figuren los contenedores, temperaturas de conservación y observaciones a tener en cuenta sobre las principales muestras enviadas al Servicio de Microbiología. Una vez elaborado, se colocará en las distintas unidades de enfermería de las plantas de hospitalización del Hospital San Jorge y del Hospital Sagrado Corazón así como en los Centros de Salud del Sector Sanitario para que sirva de guía rápida y accesible a los profesionales encargados de realizar y enviar las muestras al Laboratorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una reunión con el personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras, con el fin de presentar el póster y recoger opiniones/comentarios sobre el mismo; se pretende que sea un documento útil que contribuya a mejorar aspectos relativos a la recogida y procesamiento inicial de las muestras, minimizando errores en la fase preanalítica e incrementando la calidad del diagnóstico microbiológico.

Los indicadores serán los siguientes:

- Reunión con personal sanitario encargado de realizar/enviar muestras: Si/No
- Reunión con Coordinadores de Atención Primaria: Si/No
- Realización poster: Si/No
- Número de posters/total plantas, centros salud =80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del póster: febrero a mayo 2019
- Presentación del mismo a personal encargado de toma de muestras y coordinadores: junio 2019
- Publicación e impresión del mismo: a partir de junio de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0336 (Acuerdos de Gestión)

POSTER INFORMATIVO TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA I BETRAN ESCARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAIRAL CLAVER MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PINILLA MAINAR CRISTINA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MALO PINTADO SUSANA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PALACIO SIN MARIA DE LA O. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria y tiene todavía una gran incidencia en el ambiente hospitalario, incluso con las tendencias actuales decrecientes tal y como se publican en los últimos estudios epidemiológicos españoles.

El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado.

El proyecto de mejora pretende por un lado investigar las infecciones urinarias de nuestro Sector Sanitario con el fin de conocer el perfil y evolución de la sensibilidad antibiótica y en segundo lugar, valorar si algunas de las pautas de tratamiento empírico comúnmente recomendadas por guías clínicas españolas, serían aplicables en nuestro entorno en función de los resultados obtenidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Evaluar la resistencia a varios antibióticos en cepas de Escherichia coli aisladas en muestras de orina de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada en el Sector de Huesca en un periodo de 3 años.
- Valorar si algunas de las pautas de tratamiento empírico recomendadas por guías clínicas en nuestro país, serían aplicables en nuestro entorno.
- Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se estudiarán las cepas de E.coli aisladas de urocultivos de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada del Sector Sanitario de Huesca desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. Se determinará la sensibilidad a antibióticos de uso frecuente (fosfomicina, nitrofurantoína, cefuroxima, cefotaxima, tobramicina, amoxicilina-clavulánico, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina). Se determinarán las proporciones de resistencias a los antibióticos indicados, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores en este estudio van a ser:

- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de las cepas de E.coli aisladas en los últimos años en ITU comunitarias/ hospitalarias de nuestro Sector Sanitario durante tres años.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo en este periodo.
- Deducir opciones de tratamientos antibióticos empíricos según los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Hasta junio de 2019: recopilación de datos de resistencia antibiótica.
- Desde julio de 2019: análisis estadístico de los datos y publicación/divulgación de los resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0341 (Acuerdos de Gestión)

EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0696 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS DE LABORATORIO)

2. RESPONSABLE ANA MARIA LUIS GRACIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALOS CORONAS ELENA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ARCOS GALEOTE ANGELA MARIA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PINILLA MAINAR CRISTINA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PALACIO SIN MARIA DE LA O. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- UBIETO ROLDAN ANA BELEN. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado en el Servicio de Microbiología que ante varias incidencias solapadas había que improvisar soluciones. Los T.E.L. de Servicio de Microbiología estaban muy preparados en una o dos secciones del Laboratorio pero el resto no las conocían con profundidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Al finalizar el año 2019, todos los T.E.L. del Servicio de Microbiología conocerán, al menos 3 puestos de trabajo perfectamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se establecen 3 grupos de 3 T.E.L. para rotar en 3 secciones. Se organiza un planing para rotar en un tiempo determinado por cada sección. Entre los 3 T.E.L. de cada grupo se sustituirán vacaciones fuera del periodo vacacional, días de libre disposición y posibles incidencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Que el 90% del personal T.E.L. del Servicio de Microbiología, conozca al menos 3 puestos de trabajo perfectamente. Evaluación en Diciembre del 2019 por el jefe del Servicio de Microbiología.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A primeros de Marzo se crearán las secciones con los T.E.L. integrantes y se realizará una reunión en la que se presentará el planing. De Marzo a Junio se conocerán tres puestos de trabajo, la formación será de 1 mes máximo, dependiendo del grado de conocimiento de los T.E.L. en las secciones. De Julio a Septiembre será el periodo vacacional y en cada sección se optimizará este aprendizaje junto con los sustitutos vacacionales. De Octubre a Diciembre realizarán rotación por los tres puestos de cada sección, un mes por cada sección para afianzar los conocimientos. En el mes de Enero del 2020, el jefe de servicio realizará la evaluación de cada T.E.L. por las distintas secciones de cada grupo. La evaluación será con un APTO o NO APTO.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Carpeta para registro y control de las rotaciones, donde se registraran incidencias, observaciones, ausencias, etc.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE PAULA MUNGUIA NAVARRO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FELEZ JUSTES ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - BAILO GIL MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - QUILLEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cada año acuden a dializarse al sector de Huesca pacientes de diferentes regiones de España. Habitualmente estos periodos también coinciden con el periodo vacacional del personal de la Unidad de Hemodiálisis. Estas circunstancias conllevan una demanda asistencial en cuanto a la organización previa a la llegada del paciente, y una sobrecarga de trabajo para el personal no habitual del servicio el primer día de diálisis del paciente en el caso de que no se haya realizado una serie de comprobaciones previamente. Esto lleva a la necesidad de aislar máquinas de diálisis, solicitar serologías de forma urgente, desconocimiento sobre datos clínicos del paciente o de su pauta de hemodiálisis habitual, que implican una sobrecarga asistencial y necesidad de reorganización y distribución del trabajo. Por ello se plantea la instauración de un checklist y secuencia de pasos a seguir desde el momento que solicitan la estancia vacacional en nuestro centro. Se pretende en este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, así como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad a la llegada de los pacientes a la Unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un cuidado coordinado, ordenado y de calidad al paciente a su llegada a la unidad de hemodiálisis.
- 1.- Creación de un checklist y flujograma de tareas
 - 2.- Sistematizar el proceso de recepción y aceptación de los pacientes vacacionales.
 - 3.- Evitar duplicar información y trabajo al personal durante el periodo vacacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Diseño de una hoja preformada con una serie de ítems que abarcarán desde la solicitud del periodo vacacional, el conjunto mínimo de datos requeridos (pauta de diálisis, alergias medicamentosas, número de historia del HSJ, etc.), aceptación en la unidad, creación de pauta de hemodiálisis en el sistema informático Nefrolink® y por último comprobación de los datos en la primera sesión de diálisis (comprobación de alergias, serologías recientes, etc.).
- 2.- Distribución de tareas designando responsables de cada etapa del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1.- Contaje de los ítems contestados o no en cada fase. Objetivo: Completados > 80% ítems. Periodicidad: Anual.
- 2.- Número de veces que es necesario aislamiento de máquina x 100/ Número total de pacientes vacacionales. Periodicidad: Anual. Objetivo < 10%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se pretende que sea un proyecto a largo plazo puesto que se considera relevante para el funcionamiento de la unidad.

La fecha de implantación de la lista de verificación provisional se prevee para abril de 2019 (antes de Semana Santa) cuando habitualmente recibimos los primeros pacientes vacacionales. Se realizará después de este periodo un plazo de reevaluación con las personas responsables de los diferentes procesos, de cara a realizar mejoras y modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva para el 1 de junio de 2019 (antes de las vacaciones estivales).

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVES DE LA EVALUACION DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNGUIA NAVARRO PAULA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· ALICIA CRISTINA ABAD PIQUERO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fragilidad ha sido definida como un síndrome o estado de deterioro y aumento de la vulnerabilidad a situaciones de stress que se produce con el envejecimiento. Se caracteriza por debilidad y descenso de la reservas funcionales biológicas, lo que lleva un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento. La fragilidad es un concepto diferente a la discapacidad y a la comorbilidad ; aunque los 3 conceptos están muy relacionados y se influyen unos a otros, no siempre coexisten. A pesar de que la fragilidad se ha definido generalmente asociada a la edad avanzada y al envejecimiento, existen condiciones y enfermedades que provocan cambios semejantes al envejecimiento y pueden derivar en un estado de fragilidad en edades más jóvenes; una de estas situaciones es la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Así algunos estudios han estimado la prevalencia de la fragilidad en pacientes en hemodiálisis entre un 26-73% gran variabilidad por las diferentes poblaciones estudiadas y las diferentes escalas utilizadas, aunque la presencia de fragilidad se asocia a una mala evolución a corto plazo. Determinar fragilidad y dependencia en nuestra unidad nos facilitará la toma de decisiones en pacientes muchos de ellos complejos por su propia patología de base así como, mejorar la actuación, estableciendo medidas terapéuticas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis.
Establecer medidas terapéuticas y sociales a aquellos pacientes que presentan mayor fragilidad como es disminuir los fármacos no necesarios (paciente polimedicaado) entre otras medidas.
Analizar la relación entre fragilidad y variables como hospitalización y fallecimiento.
Adecuar la atención del paciente según el grado de dependencia y fragilidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se establecerán dos reuniones informativas previas al inicio del proyecto con todos los componentes del equipo de mejora.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante excel para cada paciente en los que se incluirán datos de demográficos, fecha de inicio de hemodiálisis, tiempo en diálisis y número de hospitalizaciones.
Para evaluar la dependencia se utilizará el Índice de Barthel y para evaluar fragilidad el cuestionario Fried Phenotype Frail Findex (FPFI)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar la valoración de cuestionario de Frail e Índice de Barthel a todos los pacientes incidentes y prevalentes en la unidad de hemodiálisis del Hospital San Jorge y valorar la situación. ESTANDAR >90%.
Repetir estas medidas a los 6 meses y después de cada hospitalización y reevaluar la situación. ESTANDAR >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante Febrero del 2019 se establecerán dos reuniones con el equipo de mejora y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis para iniciar la recogida de datos. Se revisará el índice de Barthel y cuestionario de Frail. Se consensuará una forma de trabajo unificada.
Se configurará la una tabla excel para la recogida de datos de los pacientes.
Se realizarán dos evaluaciones anuales la primera de ellas durante el mes Marzo y la segunda durante el mes de Octubre del 2019 así como después de cada episodio de hospitalización. Tras un primer análisis de la situación se adoptarán, si es necesario, medidas de mejora individualizadas para cada paciente.
A los pacientes incidentes se les realizará una evaluación cuando inicien hemodiálisis, si presentan hospitalización y cuando transcurran 6 meses desde su entrada.
Entre Diciembre 2019- Enero 2020 análisis de datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVES DE LA EVALUACION DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARTINEZ BURILLO ALBA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - TENA RAMOS GLORIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - UTRILLA PEÑA MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - GROS SANAGUSTIN LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - GENERELO LANASPA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
 - GABAS CUELLO MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Unidad de Hemodiálisis presenta un entorno sanitario con características funcionales muy específicas. Además, el paciente renal, cuando precisa iniciar tratamiento renal sustitutivo puede presentar sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. El primer contacto con el personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el nuevo entorno. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario después de una acogida protocolizada. Todo lo anteriormente descrito justifica la elaboración e implementación de un protocolo normalizado de acogida del paciente en la unidad de hemodiálisis. Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como son la empatía, el respeto y la comprensión, de tal manera que se genere en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar la integración del paciente en el entorno de la Unidad de Hemodiálisis con un trato personalizado, humano y respetuoso. Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva. Proporcionar un entorno de seguridad al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En abril de 2019 se realizará una primera reunión informativa con todo el equipo sanitario de la Unidad de Hemodiálisis. Se realizará un documento escrito en el que se describa el proceso de acogida al paciente renal. Se elaborará un documento informativo (tríptico) para entregar al paciente y/o familiar sobre el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis donde se incluyan: 1) Información general, 2) Horarios, 3) Alimentación, 4) Pase de sala, 5) Servicios que se prestan en la Unidad (TV, transporte...), 6) Vacaciones y cambios de turno y 7) teléfonos de interés.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: Presentación del personal de enfermería en el proceso de acogida al paciente mediante un registro. Indicador 2: Porcentaje de pacientes que han recibido el documento informativo a su inicio de tratamiento renal sustitutivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En abril de 2019 se realizará la primera reunión. Elaboración de los documentos en abril-mayo. Implantación del Plan de acogida mayo-junio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad renal crónica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA

2. RESPONSABLE ALBA MARTINEZ BURILLO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BEIRED VAL INES. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
• TENA RAMOS GLORIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE DIALISIS
• UTRILLA PEREZ MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE DIALISIS
• DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE DIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Entre los parámetros que indican una diálisis adecuada, mantener el "peso seco" óptimo en los pacientes en hemodiálisis, es un factor importante.
Hay evidencia científica que demuestra que existe un aumento de morbimortalidad en los pacientes en diálisis que presentan un estado de sobrehidratación continua. Para evaluar el estado de hidratación de estos pacientes, habitualmente se utilizan parámetros clínicos como la presencia de hipertensión arterial, episodios de hipotensión intradiálisis o la ganancia interdialisis de peso, pero son métodos poco precisos. Aunque la valoración clínica debe ser el primer paso en la evaluación del estado de hidratación de estos pacientes, es necesario recurrir a otros métodos, que permitan un estudio más objetivo. Hay diferentes técnicas que permiten analizar la composición corporal, pero muchas son invasivas, de difícil aplicación en el día a día y con un coste elevado.
La bioimpedancia eléctrica es una técnica no invasiva, fácil de aplicar y barata que, de una forma más objetiva, nos permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación. Es un complemento a la evaluación clínica que nos ayuda a identificar estados de sobrehidratación, y poder así ajustar el peso seco de estos pacientes, disminuyendo la aparición de complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aplicación de la bioimpedancia eléctrica en pacientes que se encuentran en hemodiálisis, como complemento a los parámetros clínicos, para realizar una evaluación objetiva de la composición corporal de estos pacientes, y optimizar su estado de hidratación, consiguiendo mayor estabilidad hemodinámica, mejorando su situación clínica y disminuyendo la morbimortalidad asociada a los estados de sobrehidratación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una medición inicial con el bioimpedanciómetro a todos los pacientes en hemodiálisis, y a aquellos que sean incidentes durante el periodo del proyecto, y posteriormente se hará seguimiento cada 3 meses.
Se analizarán los datos obtenidos en cada medición y junto con los parámetros clínicos, se realizará ajuste de su "peso seco", si es necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza una bioimpedancia inicial. Estándar: 100%
- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza el seguimiento trimestral de la bioimpedancia. Periodicidad: trimestral. Estándar: >95%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La realización de bioimpedancias se llevará a cabo de Marzo a Diciembre de 2019.
Medición inicial con bioimpedanciómetro a todos los pacientes ya incluidos en hemodiálisis en el mes de Marzo de 2019, y a aquellos que comiencen hemodiálisis entre marzo y diciembre de 2019.
Seguimiento posterior, con mediciones trimestrales, en Junio, Septiembre y Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponer de bioimpedanciómetro eléctrico.
Equipo de enfermería con formación para realización de la bioimpedancia eléctrica.
Equipo de especialistas en nefrología para la interpretación de los datos y valoración del paciente en hemodiálisis.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad Renal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANAGUSTIN GARCES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GENERELO LANASPA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· BAILO GIL MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· GABAS CUELLO MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· GROS SANAGUSTIN LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las tareas y cuidados de enfermería llevados a cabo en el servicio de hemodiálisis requieren de unas aptitudes específicas, que habitualmente no se cubren a nivel académico y en ocasiones conllevan una alta complejidad para el personal de nueva incorporación. Para poder prestar unos cuidados de alta calidad, así como saber identificar las necesidades o demandas de los paciente, es necesaria una formación teórico-práctica especializada de los profesionales, adaptada a las necesidades de nuestro servicio.

Desde hace años se incluye un periodo de formación a los profesionales de nueva incorporación a hemodiálisis, pero éste es de carácter informal, práctico. Sin poder tener en cuenta a los profesionales que cubren las sustituciones rutinarias en el periodo vacacional.

La importancia y utilidad de dicho proyecto es que los profesionales de nueva incorporación consigan un periodo de adaptación y formación planificada a su llegada al servicio, minimizando el temor y la ansiedad en los pacientes, así como el estrés en los profesionales. Mejorar la seguridad tanto en el paciente como en el profesional. Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Así como la utilización de los recursos de forma eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.-Garantizar la calidad asistencial, así como la seguridad en la práctica clínica de los pacientes del servicio de hemodiálisis.
- 2.-Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación las herramientas necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
- 3.- Mejorar la comunicación entre profesionales fomentando el trabajo en equipo.
- 4.-Disminuir la ansiedad y/o el miedo de los pacientes, así como el estrés que genera la llegada al servicio por parte del nuevo personal de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Análisis de la situación.
Búsqueda bibliográfica de la evidencia científica y recomendaciones existentes en la actualidad.
Elaboración de un cronograma de tareas.
Elaborar de un protocolo de formación teórico -practico desglosado por semanas, con una duración de 4 semanas (35 h-40h/ semanales). Consensuado por toda la unidad y comprobación del cumplimiento del mismo.
Evaluación e implementación de las medidas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES

- 1.-Número de profesionales de nueva incorporación que se incorporan al servicio de hemodiálisis de manera anual.
- 2.-Profesionales de nueva incorporación a los que se les aplica el protocolo de acogida: Número de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el protocolo de acogida x 100/ Número total de profesionales de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis.

EVALUACION

Evaluación anual e implementación de las medidas de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1.- Constitución del grupo de trabajo, revisión bibliográfica de la evidencia científica y elaboración del protocolo (reuniones mensuales): Abril 2019- octubre 2019.
- 2.-Redacción del protocolo: Noviembre 2019- diciembre 2019. Revisión Enero 2020.
- 3.-Consenso del protocolo (por parte de todo el equipo de profesionales de enfermería del servicio de hemodiálisis, 12 enfermeras) y entrega del protocolo a la unidad de Calidad asistencial del Hospital de San Jorge para su aprobación y posterior implantación: Febrero 2020.
- 4.-Implantación del protocolo: Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Grupo de trabajo constituido por 7 enfermeras del servicio de hemodiálisis.

Proyecto: 2019_1336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NEFROLOGÍA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENAVENTE AGUILAR ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· LASIERRA PERIZ YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. INFORMatico/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
· PARDO MONESMA JESUS. INFORMatico/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
· MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· LASCORZ CORTINA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

HL7 es una Organización Desarrolladora de Estándares (SDO) para el ámbito de la salud. Acreditada por el American National Standards Institute (ANSI), opera a nivel internacional y su misión en proveer estándares globales para los dominios clínico, asistencial, administrativo y logístico, con el fin de lograr una interoperabilidad real entre los distintos sistemas de información en el área de la salud. Es una de las organizaciones más importantes de informática médica a nivel internacional.

HL7 provee los estándares necesarios para el intercambio, integración, distribución y recuperación de información electrónica de salud que soporte la práctica clínica y la gestión, prestación y evaluación de servicios de salud. Las especificaciones HL7 más utilizadas son estándares de mensajería que permiten que diferentes aplicaciones de salud intercambien conjuntos clave de datos clínicos y administrativos.

La HCE, o "registro electrónico de salud" (EHR, por las siglas en inglés de Electronic Health Record) se creó en la década de los sesenta. En los últimos años, la adopción de HCE en los hospitales ha aumentado rápidamente, lo que ha generado grandes expectativas de mejoras en la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos de atención y el empoderamiento del paciente.

Con el avance de las tecnologías, los nuevos equipos de diagnóstico utilizados en los laboratorios de Neurofisiología Clínica disponen de las prestaciones necesarias para realizar la integración con la HCE mediante el sistema HL7. Permiten capturar la lista de trabajo y adjuntar automáticamente a la HCE los informes de las pruebas diagnósticas realizadas por los facultativos.

Este sistema tiene grandes ventajas:

Facilita el trabajo diario y permite ahorrar tiempo.

Minimiza los errores, tanto los cometidos al rellenar la ficha del paciente como al incorporar el informe manualmente.

Permite acceder al informe del paciente no solo el facultativo solicitante sino también a su médico de Atención Primaria.

Permite el acceso de los resultados de las pruebas diagnósticas a los facultativos de los centros de referencia en caso de que el paciente sea derivado.

Dado que esta Unidad presta asistencia neurofisiológica a toda la población de la provincia de Huesca, evita los extravíos del informe al enviarse por correo.

A raíz de la adquisición de nuevos equipos de electromiografía (EMG)/ Potenciales evocados (PE) (2017) y electroencefalografía (EEG) (diciembre de 2018) la Unidad de Neurofisiología Clínica comenzó con la integración de la HCE mediante el HL7 . En el año 2018 se inició la integración en los equipos de EMG/PE y a comienzos de 2019 la del equipo de electroencefalografía, siendo pioneros en Aragón en la utilización de este sistema, ya que es la Unidad de Neurofisiología Clínica del hospital San Jorge de Huesca la primera en incorporarlo.

Para la implementación de este sistema ha sido imprescindible la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge, Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos (CGIPC) de los Servicios Centrales del SALUD, y de la empresa comercializadora de los equipos (ALMEVAN).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implementar el proceso integración consistente en la captura de la lista de trabajo e incorporación de los informes EEG y EMG/ PE a la Historia Clínica Electrónica mediante el sistema HL7, minimizando el riesgo de errores en los datos de los pacientes, facilitando el trabajo diario de los Facultativos y del resto del personal de la Unidad de Neurofisiología Clínica y permitiendo el acceso rápido al informe de las exploraciones al resto de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, ya sean del propio Hospital, de Atención Primaria o de los facultativos de centros de referencia en caso de ser derivado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración del Proyecto

Elaboración de hoja de recogida de datos (tabla Excel en el Servidor)

Proyecto: 2019_1118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

Recogida de datos
Análisis de datos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores serán los siguientes:

Pacientes ambulatorios: Porcentaje de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones.

En el caso de pacientes ingresados, se valorará el porcentaje de informes de exploraciones subidas del total de exploraciones.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ambulatorios: Personal facultativo del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ingresados: Personal de Enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Control de aspectos técnicos incluida la resolución de fallos del sistema: Servicio de Informática.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero-Abril 2019: Elaboración del proyecto, planificación, determinación de indicadores

Abril-Octubre 2019: Recogida de datos

Noviembre-Diciembre 2019: Análisis de datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Software necesario para integración en los equipos de EEG (XLTEC) y EMG (Natus).

Sistema HL7 para integración de los equipos EEG y EMG con el HIS y la HCE.

Tabla de datos Excel en el servidor del Servicio.

10. OBSERVACIONES.

La integración de los informes de exploraciones de Neurofisiología Clínica que se está realizando en nuestro hospital es una actividad pionera en nuestra Comunidad, siendo el único de Aragón en realizarla, y sirviendo como piloto para su implantación en otros hospitales que disponen de equipos con las mismas prestaciones.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION PRACTICA DE LA TOXINA BOTULINICA EN NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE CARLOS TORDESILLAS LIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Solo un miembro de la sección conoce todas las técnicas del uso de la toxina botulínica. Dos más conocen una sola técnica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Formar al menos 2 miembros (o tres si se puede) más de la sección en la mayoría de las técnicas de aplicación de la toxina botulínica en neurología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Rotación y práctica bajo dirección de las diferentes técnica. Uso del CLAVIS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Demostración práctica de las técnicas de aplicación de la toxina botulinica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

12 sesiones por discente. Comenzando en Marzo si es posible.

9. RECURSOS NECESARIOS.

EMG-estimulador CLAVIS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA GOMARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· MARTIN GOMEZ MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Epilepsia es una enfermedad neurológica que consiste en una alteración cerebral que predispone a tener crisis epilépticas de repetición.

La prevalencia es de 1% en la población general y provoca una merma en la calidad de vida de los pacientes que la padecen así como de sus familiares tanto por el riesgo de accidentes tras sufrir una crisis epiléptica que conlleva a restricciones laborales y sociales, como al estigma que provoca y sus comorbilidades físicas y psicológicas derivadas de la enfermedad y sus tratamientos.

Un 70% de los pacientes epilépticos presentan un adecuado control de las crisis con uno o más tratamientos farmacológicos mientras que el resto presentarán mal control de las mismas; uno de los factores más importantes que provocan el fracaso del tratamiento es el mal cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes así como estilos de vida inadecuados como el consumo de tóxicos, mala higiene del sueño, etc. Todo esto provoca un gasto elevado de recursos sanitarios y hay que dedicar un tiempo específico para cada paciente en el que explicar, recomendar e informar sobre estos aspectos que por desgracia excede el de una consulta de neurología general convencional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana de este proyecto será todo paciente que presente una epilepsia, sobre todo los casos más refractarios en el sector de Huesca.

La principal intervención será orientar e informar en el diagnóstico inicial de epilepsia mejorando la información al paciente y familiares, así como mejorar la calidad asistencial en los pacientes que requieran una atención más especial por ser refractarios, control de embarazo en mujeres epilépticas y estudio prequirúrgico de epilepsia para ser derivados a la Comisión de Cirugía de Epilepsia.

Tener una referencia en epilepsia para los médicos de atención primaria así como de mejorar su formación en dicha patología mediante charlas, elaboración de protocolos, etc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar una evaluación inicial de los pacientes que presentan epilepsia
- Historia clínica detallada con Antecedentes personales y familiares, AP de consumo de tóxicos, desarrollo psicomotor, embarazo y parto. Edad de debut de la epilepsia, tipos de crisis epilépticas y desencadenantes de las mismas.

- Exploración física y neurológica detallada

2. Establecer un diagnóstico de presunción del tipo de Epilepsia que presenta el paciente

3. Solicitud de pruebas complementarias necesarias

4. Elaboración de un plan terapéutico del paciente

5. Entrega de calendario de crisis epilépticas

6. Elaboración de un informe en Historia Clínica Electrónica para que cualquier personal sanitario pueda estar informado de la situación del paciente en caso de precisar una atención urgente

7. Elaboración de Base de datos de todos los pacientes epilépticos atendidos en esta consulta para poder tener un registro por patología, complicaciones y desarrollar líneas de investigación con estos datos.

8. Elaboración de protocolos de actuación para familiares y el personal sanitario de urgencias en caso de presenciar una crisis epiléptica así como de actuación en el status epiléptico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Creación de base de datos con los pacientes de consulta para control de calidad y posteriores proyectos de investigación en epilepsia

- Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes y familiares

- Realizar una memoria funcional anual de la consulta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A partir del mes de abril de 2018 se comenzarán a citar consultas específicas de epilepsia en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad inicial de 1 al mes, donde cada día se revisaran de 10 a 12 pacientes con 30 minutos por consulta.

La duración del proyecto se prevé indefinida, pudiendo ampliar el número de días en función de la demanda por la prevalencia de la patología.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Plan de necesidades para llevar a cabo las intervenciones:

Un facultativo especialista en neurología y en epilepsia.

Proyecto: 2019_0553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SAN JORGE DE HUESCA

Formación en epilepsia: asistencia a cursos, actividades acreditadas y congresos especializados en epilepsia. Personal de enfermería y/o auxiliar de la consulta familiarizada con esta patología para apoyo de pacientes y familiares ante incidencias sufridas.

10. OBSERVACIONES.

Adjunto Bibliografía reciente:

The influence of attachment style and relationship quality on quality of life and psychological distress in carers of people with epileptic and nonepileptic seizures. Wardrope A, Green B, Norman P, Reuber M. *Epilepsy Behav.* 2019 Feb 16;93:16-21.

Behavioral interventions in epilepsy. Haut SR, Gursky JM, Privitera M. *Curr Opin Neurol.* 2019 Apr;32(2):227-236.

Living with epilepsy in adolescence-A qualitative study of young people's experiences in Singapore: Peer socialization, autonomy, and self-esteem. Chew J, Carpenter J, Haase AM. *Child Care Health Dev.* 2019 Mar;45(2):241-250

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0731 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACION AL SISTEMA DE CODIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE JORGE ARTAL ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· POVEDA SERRANO PILAR. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· SERRA PUYAL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), fue aprobado en 2009, con el objetivo de mejorar la asistencia al ictus con criterios de seguridad, eficacia, eficiencia y equidad. Se viene desarrollando desde entonces en toda la Comunidad y ha mejorado la asistencia al ictus de una forma considerable, estableciendo unos estándares de atención, pruebas a realizar, etc.

Uno de los apartados que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años es el tratamiento en la fase aguda del ictus a través de fibrinólisis intravenosa, trombectomía mecánica o ambas para lo cual los pacientes deben cumplir una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Con el fin de mejorar esta selección de pacientes, asegurar la equidad en nuestro territorio y una correcta praxis se implantaron las guardias de neurovascular realizadas por neurólogos con formación especial en esta patología y que actualmente están localizadas en el HUMS único centro de Aragón en donde se realiza tratamiento neurointervencionista en esta patología.

El Neurólogo vascular tiene la función de gestor del caso. El sistema informático "Teleictus" permite conectarse con el centro donde se encuentra el paciente que ha motivado el código ictus obteniendo toda la información para la correcta valoración del caso.

Uno de los requisitos más relevantes a la hora de valorar el tratamiento en la fase aguda del ictus se obtiene a través de la prueba de imagen que permitirá eliminar riesgos para la aplicación del tratamiento fibrinolítico (TAC y TAC de perfusión) y señalará la presencia de trombo proximal en el polígono de Willis (angio TAC), situación que requerirá tratamiento mediante trombectomía mecánica por lo que el paciente deberá ser trasladado al centro de referencia para intervencionismo.

Hasta este año la valoración de pacientes con activación de Código Ictus en la provincia de Huesca se realizaba en el Hospital San Jorge de Huesca y el Hospital de Barbastro ya que era los únicos centros dotados de TAC ce para la valoración en la fase aguda del ictus.

Desde este año, con la dotación de TAC en el Hospital de Jaca se abre un nuevo escenario que requiere una reingeniería del Proceso Ictus Aragón en la fase aguda del ictus para evitar traslados innecesarios y optimizar los tiempos de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es la realización de un protocolo de actuación frente a los pacientes con patología cerebral vascular en fase aguda que sean atendidos en el Hospital de Jaca o en el área salud de Jaca dando las directrices sobre la activación del código ictus, sobre cuando debe ser el paciente trasladado por el 061 al Hospital de Jaca y cuando al Hospital San Jorge de Huesca, sobre cuando iniciar en Jaca el tratamiento con fibrinólisis intravenosa y sobre cuando derivar a los pacientes desde el Hospital de Jaca al HUMS para tratamiento endovascular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se requerirán reuniones entre los representantes del proceso ictus del Hospital San Jorge de Huesca, Hospital de Jaca y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para consensuar el protocolo.

Una vez establecido el protocolo se realizará una reunión con el servicio de urgencias de Jaca para comunicar las pautas de actuación, así mismo se realizará una reunión con el representante del 061 para explicar el protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El principal indicador será la realización del protocolo que deberá ser aprobado por el PAIA. Como indicadores se recogerán número de traslados realizados (indicados y noindicados) y número de procedimientos realizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se espera que el protocolo de actuación este vigente para el mes de Junio. Las reuniones para comunicar los distintos aspectos del protocolo se realizará durante los meses de Mayo y Junio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0731 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACION AL SISTEMA DE CODIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0969 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGIA DE HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE LORENA GRACIA FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- MARTIN GOMEZ MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actividad en practica clínica habitual en Neurología, hay patologías de alta prevalencia que precisan de estudios analíticos muy estandarizados y consensuados por las diferentes sociedades científicas. Se propone redactar perfiles analíticos concretos para patología neurológica frecuente para optimar recursos y tiempo tanto en consulta como en hospitalizan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Creación de Perfiles analíticos de uso frecuente en Neurología, en diferentes patologías: Deterioro cognitivo, ictus en paciente joven etc...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante este año realización de reuniones dentro del servicio de Neurología y con los distintos servicios de laboratorios centrales para consensuar las determinaciones pertinentes en cada perfil.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras la instauración de los perfiles analíticos, se realizara una evaluación del numero de peticiones realizadas y las nuevas necesidades que se vayan observando.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el año natural 2019, para la implantación para 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con los servicios centrales de laboratorio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1347 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGIA CEREBROVASCULAR

2. RESPONSABLE OLALLA ALBERTI GONZALEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- GACIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- MALON MARCO AMAYA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ALBA TIERZ NURIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
- URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- ANORO CASBAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- FORTUÑO MORANTE LORENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cuidado en la fase aguda del Ictus en unidades de cuidados intermedios específicas (Unidades/áreas de Ictus) con protocolos reglados y personal cualificado (enfermería) ha demostrado disminuir la mortalidad en un 17% y la mortalidad o dependencia funcional en un 25%. El número de pacientes que es necesario tratar (NNT) para evitar una muerte es 33 y para evitar una dependencia de 20. Para asegurar su adecuado funcionamiento es de vital importancia mantener personal de enfermería altamente cualificado que asegure la detección y manejo de las complicaciones más frecuentes en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mantener un elevado índice de competencia en la atención multidisciplinar al Ictus Agudo en los profesionales implicados, con especial interés en el personal de enfermería y auxiliares sanitarios encargados de la detección de las principales complicaciones y manejo de las mismas.
Mantener una comunicación fluida transversal entre los distintos estamentos implicados en la atención al Ictus Agudo (facultativos, enfermería auxiliares, etc) y solución de posibles problemas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán 8 jornadas formativas de 60 minutos de duración cada una a lo largo de 2019 que comprenderán parte teórica y parte práctica y de resolución de problemas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizarán 8 sesiones formativas de 60 minutos de duración cada una. Se realizará encuesta de satisfacción al finalizar el curso, así como control de asistencia mediante firma de los participantes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero de 2019-diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

no se precisan

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad cerebrovascular
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MACHIN RICOL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MORENO PEREZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• OBON CASTEL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TAJADA CEPERO PILAR DARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La preeclampsia es una causa importante de morbilidad tanto materna como perinatal. El riesgo de un resultado adverso es mucho mayor cuando la enfermedad es severa y de inicio temprano que requiera un parto antes de las 37 semanas de gestación que si se produce a término. Un reto importante es la identificación precoz de los embarazos de alto riesgo de preeclampsia temprana y la realización de las medidas necesarias para mejorar la placentación y reducir la prevalencia de la enfermedad.

Se ha visto con diferentes estudios, que el tratamiento con dosis bajas de aspirina en mujeres con alto riesgo de preeclampsia reduce sustancialmente la incidencia de la enfermedad. Así, si identificamos a dichas mujeres, podemos iniciar precozmente el tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo consiste en poder hacer una estimación del riesgo que tiene una gestante de desarrollar preeclampsia en ese embarazo y así poder tratar con anterioridad a las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad para disminuir las posibles complicaciones que nos podemos encontrar. Para ello, durante la visita del primer trimestre (11-14 SG) calcularemos el riesgo que tienen de preeclampsia en dicha gestación, y así a las que tengan alto riesgo (>1/70), podremos iniciar precozmente el tratamiento preventivo con ácido acetil salicílico 150 mg/24h hasta la semana 36 de embarazo para disminuir tanto la incidencia como los ingresos, visitas y la morbilidad asociada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En la primera visita (11-14 SG) calcularemos el riesgo de preeclampsia basándonos en calculadoras creadas por otros servicios. Para poder calcular el riesgo, deberemos realizar una medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas y junto con la información recabada de la anamnesis, tendremos el riesgo individual para poder iniciar tratamiento si es necesario. Para ello, necesitaríamos ampliar el tiempo por paciente para hacer una correcta medición de la pulsatilidad de las arterias uterinas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Trabajaremos con la calculadora de riesgo de preeclampsia ya existente del Hospital Clínic de Barcelona que nos dará información de las pacientes con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comenzaremos en Mayo de 2019, ampliando el tiempo necesario para las consultas de primera visita de embarazo y hacer una valoración de la efectividad a principios del año 2020 (enero).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Más tiempo de asistencia para poder realizar la ecografía correctamente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

2. RESPONSABLE LAURA MARTIN TARIFA
- Profesión MATRONA
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- OTAL LOSPAUS SILVIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SANCHEZ LOPEZ PILAR. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BELLOC GARCIA MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CARNICER CEBOLLADA MARTA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MACHIN RICOL MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el año 2007, se puso en marcha la estrategia al parto normal, acordada por el Consejo Interterritorial del SNS. A partir de dicha estrategia surgió la " Guía de práctica clínica de atención al parto normal" en la que se elaboraron una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible que conllevó a un cambio importante en la asistencia al parto en nuestro país. El parto, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles que generalmente se articula entorno al bloque obstétrico. La atención al parto requiere un modelo de atención compartido entre obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería que desarrollen un trabajo en equipo y de colaboración. Con carácter general, la matrona atiende al parto que se mantenga dentro de los límites de la normalidad y requerirá la atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones. Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones. Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de atención al parto normal, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación, puede servir como medio para la consecución de buenas prácticas a todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer y el recién nacido, durante el parto y postparto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en la atención al parto normal en el servicio de obstetricia y ginecología de nuestro hospital.
- Identificar las actividades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a las mujeres durante el proceso de parto y postparto.
- Elaborar una matriz temporal, con todas las actividades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Información a todos los profesionales que participen en la atención al parto normal desde el ingreso de la gestante hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica del parto normal, realizado por los profesionales que participan en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará también la vía clínica definitiva al coordinador de Obstetricia y Ginecología y los demás profesionales que intervienen en la atención al parto.
- Se implantará en la práctica asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de atención al parto normal a los tres meses de su implantación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Desde Marzo hasta Junio de 2019, se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En julio de 2019, comenzará su implantación en el servicio de Obstetricia y Ginecología.
- En Octubre se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas, han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva, a partir de Noviembre- Diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BELLOC GARCIA
· Profesión TCAE
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO CASTAN CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VIVAS SEGURA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAVAL TURMO PILAR. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIMENEZ NAVASCUEZ ROSARIO. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANCHEZ LOPEZ PILAR. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MAS FORTUÑO JOSE MARIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUIG COMAS NURIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En ocasiones se ha detectado un mal uso de las camas libres y un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes. En el Hospital San Jorge las habitaciones de la Unidad de Hospitalización de Obstetricia son dobles y siempre que la presión asistencial lo permite se intenta distribuir a las pacientes de forma individual, quedando una cama libre. Algunos acompañantes, en lugar de usar el sillón que tienen asignado, usan las camas destinadas a los ingresos para acostarse por las noches para dormir. Desde hace tiempo los recién nacidos permanecen las 24 horas del día en las habitaciones con sus madres, y el hospital les proporciona los enseres necesarios para la higiene del bebé. La cama que queda libre suele utilizarse como cambiador, lo que ocasiona que se ensucien la colcha y las sábanas. Por otra parte, las personas que vienen a visitar a la puérpera usan la cama libre para sentarse y depositar todo tipo de enseres. Todo lo anteriormente descrito provoca que la cama o bien se manche o que no esté en condiciones para el uso cuando se precise para un ingreso. Esta situación causa un aumento innecesario de cargas de trabajo del personal de la planta, genera la necesidad de mayor dotación de ropa de cama y gasto en lavandería. Este proyecto se considera necesario por las incidencias que se generan a causa de la mala utilización de las camas libres y, en general, por un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las visitas y los acompañantes. Aunque estas situaciones se presentan desde hace años, se ha considerado que podría ser útil elaborar una hoja informativa en la que se describan de forma clara unas recomendaciones básicas a seguir durante el ingreso hospitalario, para favorecer el buen uso de los recursos y armonizar la convivencia entre pacientes, acompañantes, visitas y personal de la planta de hospitalización, además de lograr tener las camas libres disponibles y en perfecto estado para cuando se requieran para un ingreso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el grado de conocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar una hoja informativa con las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes. El personal que acoge a la paciente al ingreso al acompañarla a la habitación mostrará la ubicación de la hoja informativa y explicará brevemente su contenido para conocimiento general.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se detecta el cumplimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes, ya que el personal comprueba que las camas libres están en perfecto estado y disminuye el uso de ropa de cama.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se pretende reunir a los integrantes del proyecto de mejora para que aporten propuestas y elaborar un borrador de hoja informativa, en los dos meses siguientes a la presentación de este proyecto. Una vez se disponga de la hoja informativa definitiva se dará a conocer a todo el personal de la planta y se procederá a colocar, en todas las habitaciones, en un lugar visible. Se considera que la puesta en marcha de este proyecto será en mayo de 2019 y una vez implantado, de forma permanente, se reevaluará para su mejora con carácter anual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Papel DINA 4, utilización de impresora y fundas de plástico del mismo tamaño.

Proyecto: 2019_0296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ROCIO DE ANDRES GONZALEZ
• Profesión MIR
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MACHIN RICOL MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MORENO PEREZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• OBON CASTEL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PEREZ RUIZ JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GASCON MAS ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca hasta ahora seguimos un protocolo frente a agresiones sexuales que se encontraba desactualizado. Concretamente, la profilaxis post-exposición frente al VIH se valoraba individualmente tras evaluar el riesgo de transmisión.

Actualmente no existe un protocolo actualizado frente a agresión sexual en la Comunidad Autónoma de Aragón desde el año 2008.

Hoy en día, se considera a todas las pacientes que han sufrido una agresión sexual, potencialmente infectadas por VIH, por lo que se deberá iniciar en todas ellas tratamiento farmacológico profiláctico.

La evidencia científica ha demostrado que el riesgo de transmisión de la infección por VIH disminuye con la administración de medicamentos antirretrovirales profilácticos en víctimas de agresión sexual, siempre que se inicien antes de las 72 horas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es la actualización del protocolo frente a agresión sexual sumándonos al nuevo protocolo autonómico que va a realizarse en nuestra Comunidad en cuanto a profilaxis antirretroviral de VIH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación del nuevo protocolo al equipo de profesionales sanitarios que realizan atención continuada en nuestro servicio.

Valoración del grado de satisfacción por parte de dichos profesionales sobre el protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes que han sufrido agresión sexual y han recibido profilaxis antirretroviral antes de 72 horas/Número total de pacientes que han sufrido agresión sexual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El inicio de la elaboración del protocolo se realizará en Mayo 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0546 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESAREA UNIFICADO (GINECOLOGIA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

2. RESPONSABLE JARA ZABAU FERMOSELLE

- Profesión MATRONA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ RUBIO LOURDES. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- RUS JODAR LUISA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ALVES BLANCO PAULA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- BETRAN SERRATE MARIA PILAR. TCAE. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a la nueva estructuración del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HSJ de Huesca en el que se han reconvertido las plazas de enfermeras generalistas en plazas de matrona, hemos creído conveniente realizar un nuevo informe de alta para las mujeres en proceso de parto y cesárea. Este nuevo informe será unificado aunando en uno solo el informe de alta de las matronas y el de ginecología, evitando duplicidad de documentos. Vemos además necesario el uso de la HCE (historia clínica electrónica) como medio de comunicación con las matronas de atención primaria, buscando la continuidad de cuidados de nuestras pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaboración de un nuevo informe de alta para los procesos de alta y cesárea.
Unificar informe de continuidad de cuidados (especializada-atención primaria) mediante la HCE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán varias reuniones entre las personas designadas para el proyecto, tanto del equipo de matronas como de ginecología para unificar criterios y elaborar los diferentes apartados del informe de alta.
Se mandará el proyecto de informe de alta al servicio de informática para que valoren y lleven a cabo su inclusión en la HCE.

Se añadirán las escalas de valoración de lactancia materna (LATCH) y otra de valoración de la episiotomía (REEDA).
Se solicita la creación de dos nuevas pestañas en el apartado de "alta clínica", una de ellas será la "valoración por matrona" y hará referencia a "valoración de lactancia materna".
Una vez incorporado el nuevo informe en la HCE, se organizará una sesión para poner en conocimiento del servicio el nuevo informe y se darán instrucciones para su cumplimentación.
Nos pondremos en contacto con las matronas de atención primaria para darles a conocer este nuevo informe y su ubicación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El 80% de los informes de alta consten en la HCE.
Se consiga la creación de las nuevas pestañas en el informe.
Mantener el feed-back con las matronas de AP para corroborar la recepción y utilidad del nuevo informe.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se llevará a cabo a lo largo del año 2019.
En el primer trimestre se ha elaborado el nuevo informe y se ha remitido al servicio de informática para incorporarlo a la HCE. Tan pronto como esté disponible, se procederá a testarlo por si fueran necesarias modificaciones antes de su uso generalizado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con el servicio de informática del Salud.
Se prevé un ahorro en recursos materiales gracias a la unificación e informatización del documento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE

- Profesión MATRONA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ OLLES ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- SANTANA ESPEJO EMILIA. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- MARTIN TARIFA LAURA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PEREZ RUBIO LOURDES. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- JIMENEZ BLANCO MARIA COVADONGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- ABIO ALBERO SONIA. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- SANZ DE MIGUEL PILAR. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La mayor parte de las mujeres manifiestan el deseo de amamantar a sus hijas/os. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna están en niveles más bajos de los recomendados por la OMS. El apoyo a la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, es fundamental para que, aquellas madres que lo deseen, puedan continuar con la lactancia materna al alta hospitalaria.

Un ítem muy importante para el correcto establecimiento y evolución de la lactancia materna es la observación y corrección de los problemas detectados en las tomas que realiza el recién nacido durante la estancia hospitalaria.

Al menos en una ocasión durante la estancia hospitalaria, los profesionales sanitarios deberían utilizar una herramienta estandarizada de observación de la toma que ofrezca criterios objetivos de valoración.

En la actualidad, los equipos que atienden a las púerperas y sus recién nacidos en el medio hospitalario son multidisciplinares y se hace imposible el seguimiento y la valoración del recién nacido y del establecimiento de la lactancia materna siempre por la misma persona en todas las ocasiones. Por ello, el establecer en las dinámicas asistenciales, herramientas estandarizadas y basadas en escalas validadas nos ayudará a establecer: criterios comunes de valoración, comunicación más fluida entre profesionales, trabajo en equipo y mejoras en la asistencia, en la evolución del bebé y en la satisfacción materna.

Conocer si el lactante se alimenta adecuadamente es prioritario tanto para la madre como para los profesionales. Por ello, es necesario disponer de criterios objetivos que nos indiquen un buen inicio y una adecuada instauración de la lactancia y nos permitan detectar cualquier alteración o situación de riesgo para establecer acciones comunes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Ofrecer un apoyo asistencial a la lactancia materna multidisciplinar, con criterios unificados y sin duplicidad de información.
- Diseñar y establecer una hoja para el seguimiento de la lactancia materna,
- Desarrollar actividades de apoyo y asesoramiento realizadas a las mujeres púerperas atendidas en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Recopilación de hojas de valoración de otros centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma y de otras.
- Reuniones con equipo de trabajo para unificar criterios y establecer plan de acción . Mínimo 2
- Se realizará un a reunión informativa para todo el equipo asistencial de información de cumplimentación y seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios que atienden en el postparto sobre la implantación de la hoja de valoración de lactancia a los dos meses de su implantación.
- Encuesta de satisfacción a las mujeres púerperas sobre el apoyo a la lactancia materna recibido durante la estancia hospitalaria Noviembre -Diciembre de 2019.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Durante los meses de Marzo y Abril se elaborará el borrador de la hoja de valoración de lactancia.
- Una vez acordado el borrador por los miembros del equipo de mejora, comenzará su implantación en planta.
- Tras 2 meses de su implantación, se recogerá una encuesta a los profesionales implicados en el apoyo a la lactancia materna durante el postparto, para evaluar la aceptación de la misma así como posibles mejoras.
- Al finalizar el año, se elaborará una recogida de datos de tasa de lactancia materna exclusiva al alta y causas de suplementación y datos sobre la satisfacción materna al alta en cuanto a información y apoyo a lactancia materna.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Otros desórdenes del periodo perinatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE CRISTINA ABAD RUBIO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - RAVENTOS TATO RUT. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - PEREZ RUIZ JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - TAJADA CEPERO PILAR DARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía por vía laparoscópica ha demostrado una mejor recuperación, menor pérdida de sangre durante la cirugía y necesidad de una estancia hospitalaria más corta. Progresivamente, se ha ido incorporando en los servicios de ginecología de toda España por todos los beneficios que aporta, pero sin embargo, resulta técnicamente más compleja y se suele relacionar con tiempos quirúrgicos mayores, que se reducen a medida que mejora la experiencia del operador.

En el Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge hasta hace unos años la cirugía laparoscópica estaba reservada para casos sencillos (anexectomías, quistectomías, salpinguectomías, ligaduras tubárica y cirugía del embarazo ectópico), sobre todo debido a la limitación técnica, al no disponer de una torre de laparoscopia que nos permitiese una visión óptima de la cavidad abdominal que posibilitase trabajar con seguridad.

Desde la adquisición de una nueva torre de laparoscopia para el Servicio de Ginecología en el año 2016 que nos permitió superar las limitaciones técnicas previamente mencionadas, se han ido incluyendo procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad por vía laparoscópica, para poder brindar a nuestras pacientes todas las ventajas que supone esta vía de abordaje quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con el Proyecto Actual se pretende evaluar la curva de aprendizaje de los diferentes miembros del Servicio de Ginecología en la realización de histerectomías vía laparoscópica e histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia en base a una serie de indicadores, posteriormente descritos y detectar las debilidades del proceso de aprendizaje para mejorarlas y proporcionar así una asistencia óptima a nuestras pacientes.

La población diana son las mujeres que por diferentes causas entren en lista de espera quirúrgica para la realización de una histerectomía y que cumplan los criterios necesarios para poder proceder a un abordaje laparoscópico (no contraindicación anestésica, no cirugías abdominales previas laparotómicas, úteros y anejos cuyo tamaño permita extracción de la pieza por vía vaginal). Se estima que podrían reclutarse aproximadamente unas 25 mujeres de estas características en el periodo de un año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Estudio conjunto de la historia clínica de las pacientes intervenidas la semana previa a la cirugía por parte de los 2 cirujanos al cargo de la intervención.
- Recogida en base de datos Excel de los indicadores a evaluar.
- Análisis y elaboración de un documento con los datos recogidos en dicha base de datos y presentación de los resultados en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción para las pacientes sometidas a las intervenciones a estudio.
- Fomento de la participación en cursos orientados a mejorar las habilidades en cirugía laparoscópica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores que se evaluarán, se clasificarán según cirujano principal y tipo de intervención (histerectomía vía laparoscópica o histerectomía vaginal asistida por laparoscopia) y serán:

- Tiempo quirúrgico empleado
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Complicaciones:
 - Hemorragia o hemoperitoneo.
 - Infección.
 - Lesión de órganos vecinos.
 - Necesidad de reconversión a laparotomía

En la consulta de revisión postoperatoria se entregará una encuesta de satisfacción a la paciente intervenida, que se valorará de forma conjunta con los indicadores descritos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- En Marzo de 2019 se diseñará la encuesta de satisfacción postquirúrgica y la base de datos.

Proyecto: 2019_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

- A partir de Abril de 2019 y hasta Abril de 2020, se recopilarán los datos procedentes de las intervenciones quirúrgicas realizadas y se proporcionarán las encuestas de satisfacción a las pacientes intervenidas.
- En Mayo de 2020 se realizará análisis de los datos obtenidos y presentación de informe en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0802 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE OFTALMOLOGIA Y ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA DE LA CATARATA

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLER MACHIN JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- ARA GABARRE MIRIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- GUTIERREZ RUIZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- ESCAR HERNANDEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
- BUISAC LACAMBRA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la cirugía de la catarata el paciente es revisado habitualmente al día siguiente, a la semana y al mes de la intervención, salvo que otras circunstancias adicionales indiquen la necesidad de otras consultas. La Unidad de CMA, por su parte, realiza a todos los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) una encuesta telefónica postintervención a las 24 horas y otra a los 7 días. La idea del proyecto es aprovechar la información obtenida en la segunda encuesta y, en pacientes seleccionados, no revisar al paciente hasta el mes, siempre y cuando en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no existan hallazgos que sugieran otra actitud. En cualquier caso, todos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es reducir el número de consultas físicas relacionadas con el procedimiento de la cirugía de la catarata (el más frecuente en la especialidad de Oftalmología), manteniendo estándares de calidad y seguridad. Por otro lado, el paciente también se ahorra desplazamientos, elemento a tener en cuenta ya que la mayoría de los pacientes son de edad avanzada y requieren ser acompañados por familiares. La población diana son todos los pacientes que sean intervenidos de catarata en nuestro Servicio, independientemente de edad y/o sexo, en el período establecido. Las intervenciones relacionadas con el proyecto las llevará a cabo la Unidad de CMA y el Servicio de Oftalmología. El Servicio de Citaciones recibirá el orden de citar a los pacientes que lo requieran.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas en este proyecto son: búsqueda bibliográfica relacionada, elaboración de una base de datos en formato excell para recoger los resultados, reunión con la Unidad de CMA para resolver las preguntas que se harán a los pacientes, comunicar el proyecto al Servicio de Citaciones. La encuesta telefónica de la semana recogerá los siguientes ítems: ¿ha tenido náuseas?, ¿ha tenido vómitos?, ¿ha tenido dolor?, ¿ha tenido fiebre?, ¿ha sangrado o manchado el apósito?, ¿ha tenido algún problema en la zona de la herida?, ¿ha tenido que ser ingresado? (y en su caso ¿ por qué?), ¿ha tenido que acudir a Urgencias? (y en su caso ¿por qué?). Las preguntas que se incluyen además para llevar a cabo el proyecto son: ¿ha notado pérdida de visión en estos últimos días?, ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, ¿tiene legañas?, ¿entiende bien cómo debe ponerse las gotas?. Las doce preguntas están pensadas para que puedan contestarse con un sí o un no. Cualquier pregunta contestada afirmativamente supondrá dar una cita al paciente para explorarlo en 24 horas como máximo. Dicho de otro modo, solo se planteará no revisar hasta el mes si todas las preguntas son contestadas de forma negativa y en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no hubo hallazgos que motivasen dar directamente una segunda cita. Se trata de una experiencia piloto en nuestro Servicio, por lo que no consideramos incluir de entrada a todos los pacientes en el programa. Se estima incluir unos 15 pacientes al mes, en total unos 150 pacientes en los 10 meses de duración del proyecto. En función de los resultados que se vayan obteniendo se podría plantear ampliar este número.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores:

- Número de pacientes incluidos en el programa (porcentaje que supone del total de cirugías de catarata)
- Número de pacientes que han precisado ser citados en consulta tras la encuesta telefónica de la semana.
- En caso de ser citados, tipo de preguntas que se contestaron afirmativamente (y que motivaron la citación).
- Número de consultas físicas ahorradas en Consultas Externas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En la segunda quincena de marzo de 2019 se realizará búsqueda bibliográfica relacionada, se coordinará con la

Proyecto: 2019_0802 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE OFTALMOLOGIA Y ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA DE LA CATARATA

Unidad de CMA las preguntas a realizar a los pacientes, se confeccionará una base de datos y se comunicará el proceso al Servicio de Citaciones. Estas acciones las realizará el responsable del proyecto. A partir del 1 de abril de 2019 se implementará el programa en el Servicio. Se prevé una duración de 10 meses. Los resultados se estudiarán en febrero de 2020 y se hará la pertinente memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se dispone de los recursos necesarios.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0851 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE MIRIAN ARA GABARRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- SOLER MACHIN JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- FERNANDEZ PEREZ SERGIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- DE LEON MONZON LUIS PEDRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
- ESCAR HERNANDEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
- BUISAC LACAMBRA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la práctica clínica diaria oftalmológica se utilizan colirios para facilitar la exploración de la superficie corneal, toma de presión intraocular, exploración de fondo de ojo, etc. El consumo de todos los tipos de colirio en global es elevado, teniendo en cuenta el volumen de pacientes que se visita a diario y el número de consultas abierto. Los profesionales intuimos un consumo elevado, pero no hemos reparado en cuantificarlo con cierta precisión. Si bien los responsables del gasto conocen las cifras, nos ha parecido interesante observar este apartado.

También en quirófano se consumen colirios, tanto para preparar a los pacientes para las intervenciones como los que a menudo se dan al paciente en el postoperatorio inmediato.

Intentaremos aproximar el consumo de unidades de colirios en consultas y en área quirúrgica, ya que somos conscientes de la dificultad de hacer un recuento exacto. En definitiva solo tendremos en cuenta el consumo a nivel hospitalario en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge, obviando el gasto por recetas médicas u órdenes de dispensación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Cuantificar el número de unidades de colirios utilizadas el nuestro Servicio, tanto en consultas externas como en área quirúrgica.

Distribución del consumo según grupos farmacológicos (colirios anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

Se vincula el proyecto a la práctica clínica diaria del Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades previstas son: búsqueda bibliográfica relacionada, confección de una base de datos en formato excel para recoger resultados, comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería, personal auxiliar, para que se tenga en cuenta anotar el consumo en cada consulta y en bloque quirúrgico. Se plantea recoger los datos de forma semanal. No se precisan recursos materiales adicionales en este caso. No se prevé cambios en la oferta de servicios derivado del resultado del estudio. A priori se trata de conocer un dato más de nuestra actividad diaria en el que no solemos reparar los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de colirios usados en Consultas Externas

Número de colirios usados en área quirúrgica

Distribución según grupos farmacológicos (anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto comenzará el 1 de abril de 2019. Se prolongará durante 10 meses. En febrero de 2020 se hará recuento definitivo y se presentarán resultados en la memoria pertinente. Cada uno de los componentes del equipo se ocupará de recoger los datos de consumo de la consulta en la que están habitualmente. El responsable del proyecto recogerá también los datos del consumo de colirios en área quirúrgica, además de confeccionar la base de datos del estudio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0851 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN COMITE MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLOGICOS

2. RESPONSABLE JULIA MADANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAVENTOS TATO RUT. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD RUBIO CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· CORRAL DELGADO SARA. MEDICO/A. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA DE ONCOLOGIA. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GONZALEZ GAMBAU JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atención multidisciplinaria es el sello de la atención oncológica de calidad y el elemento esencial es el Comité de Tumores.

Su finalidad primordial consiste en asegurar el diagnóstico completo y el tratamiento integrado para cada tipo de neoplasia lo que supone aplicar una metodología científica que evite la subjetividad del médico aislado.

Desde el punto de vista de gestión de recursos sanitarios el trabajo mediante Comité de Tumores proporciona un uso más económico y racional de aquellos. El trabajo simultáneo de los diferentes especialistas permite compartir el mismo tiempo médico para el conocimiento del caso y la toma de decisiones que conlleva.

Las diferentes combinaciones de los tratamientos quimioterápicos, radioterápicos y quirúrgicos son la base del tratamiento oncológico de muchas de las pacientes con neoplasias ginecológicas. Lo que conlleva que el manejo de los tumores ginecológicos sea complejo e implique la interacción de múltiples especialistas (ginecólogo, oncólogo, radioterapeuta, patólogo, radiólogo) a lo largo del proceso asistencial. Esto hace necesario el establecimiento de foros de evaluación, discusión y organización de los casos. Eso es justamente el Comité de Tumores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La puesta en marcha en nuestro centro de un Comité Multidisciplinar en Tumores Ginecológicos tiene como objetivos:

- Mejorar la comunicación entre profesionales
- Facilitar la planificación de tratamiento
- Mejorar la toma de decisiones
- Establecer un plan estructurado de seguimiento
- Reducir tiempos de demora
- Alcanzar patrones de derivación precoces
- Mejorar la exhaustividad del registro de tumores ginecológicos
- Funcionar como grupo de mejora de calidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Convocar una sesión quincenal para valoración de todos los casos de tumores ginecológicos diagnosticados en nuestro centro.
2. Elaborar una base de datos que sirva como registro de todos los casos diagnosticados: tumores de ovario, endometrio y cuello uterino.
3. Reflejar en la Historia Clínica la decisión terapéutica adoptada.
4. Elaborar protocolos diagnóstico - terapéuticos para cada neoplasia ginecológica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. SESIONES EFECTUADAS POR MES

Fórmula : Número de sesiones efectuadas cada mes / número total de meses

Fuente : Hoja de registro

Estándar : 2

2. CASOS VALORADOS POR MES

Fórmula : Número de casos valorados cada mes / número total de meses

Fuente : Base de datos

Estándar : 6

3. PACIENTES DIFERENTES VALORADOS POR MES

Fórmula : Número de pacientes diferentes valorados cada mes / número total de meses

Fuente : Base de datos

Estándar : 5

4. ÍNDICE DE ROTACIÓN: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en el Comité

Fórmula : Casos / pacientes valorados.

Fuente : Base de datos

Estándar : 1,5

5. MIEMBROS ASISTENTES AL COMITÉ POR SESIÓN

Fórmula : Número de asistentes al comité por sesión/ número total de sesiones

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0353 (Acuerdos de Gestión)**

CREACION DE UN COMITE MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLOGICOS

Fuente: Hoja de registro
Estándar: 4

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. En Enero 2019 constituir el Comité de Tumores formado por Oncología Médica, Ginecología, Radioterapia, Anatomía Patológica y Radiología.
2. Fijar periodicidad de las sesiones, hora y día de la semana.
3. En Febrero 2019 puesta en marcha del comité, fijando una sesión cada 15 días.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL FONTANA CALVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCOLAN GELOS ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- ROMERO MAURA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- HERRERA TOLOSANA SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los cuidados de estomas traqueales es uno de los cuidados más habituales en las plantas de ORL de los hospitales. Tras realizar una revisión científica de la cuestión objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un cuidado del estoma traqueal de manera más científicamente correcta, evitando variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes que ingresan en el Servicio de Otorrinolaringología del H.S. Jorge de Huesca con traqueostomía, y por extensión a los pacientes portadores de estoma traqueal en el resto de servicios del mismo hospital, y por los que somos consultados el Servicio de ORL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesiones con los miembros del equipo para decidir las acciones a llevar a cabo.
Realizar un protocolo, con un documento escrito, para conocimiento del personal de la planta de ORL y ponerlo a prueba en dicho servicio.
Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.
Crear un protocolo de acción
Realizar unos dípticos informativos para dar a los pacientes con estoma traqueal al alta.
Sesiones para hacerlo extensible al resto de Servicios del Hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en la planta de ORL desde su ingreso (>90%)
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en el resto de plantas del HS Jorge (>90%)
- % pacientes a los que se les entrega el díptico informativo al alta. (>90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.
Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.
Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.
Extensión al resto de servicios entre diciembre y enero,

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Portadores de estoma traqueal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BORI AIGUABELLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCOLAN GELOS ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- FONTANA CALVO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- ROMERO MAURA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- HERRERA TOLOSANA SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
- HERRERO EGEE ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Hipoacusia brusca es una patología ORL, que puede derivar en una hipoacusia permanente grave como secuela, tiene un tratamiento no claramente definido y con diferentes vías. Desde la Sociedad Española de Otorrinolaringología, se ha revisado el protocolo de actuación, dando unas recomendaciones a los especialistas. Desde nuestro servicio queremos realizar una revisión científica de la cuestión y objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un protocolo propio de hipoacusia brusca adecuado a nuestro entorno y servicio, evitando la variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes con esta entidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesiones con los miembros del equipo para revisar las recomendaciones y protocolo propuesto por la sociedad española de ORL para la hipoacusia brusca.

Realizar un protocolo propio de diagnóstico, evaluación, reevaluación y tratamiento de la hipoacusia brusca, adaptada a nuestro sector.

Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Registro de pacientes a los que se diagnostica de hipoacusia brusca.
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo hipoacusia brusca (>90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.

Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.

Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE TALLERES TEORICOPRACTICOS

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ DE MIGUEL PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· MACHIN RICOL PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VALLES SANTOLARIA ALBA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ALLER CONDE MARIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALVO AGUILAR JOSEFA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La lactancia materna exclusiva (alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida) es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil con los menores costes económicos. Proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, representa la primera inmunización del lactante, protegiéndole frente a infecciones respiratorias, diarreicas y otras patologías potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. En todo el mundo, solo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, en España no hay datos oficiales pero la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses dista de las recomendaciones actuales. La OMS ha elaborado un Plan Integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño donde se fijan seis Metas Globales para 2025 siendo una de ellas aumentar la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses hasta al menos el 50%. Para esto es necesario que se produzca un mayor apoyo a la LM a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos. La falta de formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios es una barrera para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, por ello, el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa aconseja poner en marcha acciones de formación que ayuden a los trabajadores de maternidades y áreas pediátricas de hospitales y centros de salud, a conseguir la excelencia en la práctica clínica. En esta misma línea, el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social incluye Estrategias y Objetivos que permitan garantizar una asistencia profesional actualizada que permita disminuir la variabilidad de la práctica clínica, mediante la mejora de la formación de sus profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

De acuerdo con el plan de calidad del Sistema Nacional de Salud se va a proceder a la organización y promoción de talleres para profesionales sanitarios para capacitación en habilidades teóricas y prácticas en lactancia materna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de la bibliografía actual sobre lactancia materna, últimas evidencias.
- Evaluación teórica sobre lactancia materna a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
- Análisis de las evaluaciones. Establecimiento de las necesidades formativas.
- Organización de los temas a tratar, asignación de personal docente
- Talleres mensuales
- Evaluación teórica sobre los conocimientos adquiridos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Evaluaciones realizadas pre y posttalleres: 75%
- Asistencia a los talleres: mínimo 70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2018:
Evaluación teórica en lactancia a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
Análisis de las necesidades formativas.
- Abril 2019: Inicio de talleres.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Sala para realizar las charlas
- Proyector y pantalla
- Ordenador

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE TALLERES TEORICOPRACTICOS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO TELEFONICO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL POSPARTO INMEDIATO

2. RESPONSABLE ALBA VALLES SANTOLARIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REDOL LABARTA MONTSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- ODRIOZOLA GRIJALBA MER. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- ARIZON ARPAL BEATRIZ. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- JUSTE ROMAN MANUELA. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- CADEVILLA LAPUENTE PILAR. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. La técnica de amamantamiento precisa de supervisión y apoyo constante durante los primeros días tras el nacimiento del bebé.

A lo largo de la estancia hospitalaria, los padres tienen el apoyo del profesional sanitario que les asesora y da pautas para realizar una lactancia materna eficaz. Una vez que los padres llegan a su domicilio, se enfrentan a nuevas situaciones que no han vivido hasta ese momento y frente a las que pueden sentirse inseguros.

Al alta, se entrega la cartilla sanitaria del recién nacido y se orienta a los padres sobre los cuidados básicos del niño. Así mismo, se recomienda una revisión en su centro de salud en la primera semana de vida para comprobar que la lactancia materna está bien instaurada y que el recién nacido tiene una adecuada ganancia ponderal.

Proponemos la instauración de una consulta telefónica durante 24 horas al día con el fin de resolver todas las dudas que vayan surgiendo a los padres durante el periodo de tiempo que cubre desde el alta hospitalaria hasta la primera visita en su centro de salud, pudiendo hacerse extensible hasta el primer mes de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Conocer los principales problemas que se generan los primeros días tras el alta.
- Facilitar la accesibilidad del hospital a las familias para la resolución de sus dudas sobre la lactancia materna.
- Reforzar los conocimientos a los padres mediante pautas claras y eficaces para asegurar una lactancia materna eficaz.
- Disminuir el número de visitas a urgencias por dudas sobre lactancia materna.
- Favorecer la autonomía de los padres en cuidado y el manejo del recién nacido y la lactancia materna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Actualización de un tríptico informativo existente en el servicio sobre la lactancia materna incluyendo teléfono de contacto en caso de dudas al alta.
- Éste se proporcionará a los padres en el momento del ingreso y se recordará verbalmente la existencia de esta consulta telefónica en el momento del alta.

- Elaboración de hoja registro de llamadas, dudas y respuestas realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Registrar el número total de llamadas
- Registrar la edad que plantea más dudas acerca de la lactancia materna
- Evaluar la frecuencia de asistencia a urgencias después de la instauración de este proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño y modificación de tríptico y hoja de registro: 01/02/2019 - 28/02/2019
- Puesta en marcha de consulta telefónica: 15/03/2019
- Evaluación de la medida instaurada: 01/12/2019
- Análisis de resultados y evaluación global: 15/12/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesional formado en lactancia materna para la resolución de dudas.
Disponibilidad del personal según turno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO TELEFONICO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL POSPARTO INMEDIATO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

2. RESPONSABLE MARTA LOPEZ UBEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· MAIRAL CLAVER MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· VINUALES PALOMAR MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SANZ DE MIGUEL PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· CALVO AGUILAR JOSEFA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La meningitis y la encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central causado por microorganismos que afecta a las leptomeninges y al cerebro respectivamente. Las meningitis afecta a más de 1,2 millones de personas y la meningitis bacteriana causa 120000 muertes en el mundo cada año. La incidencia de encefalitis en la infancia es de 5-10 casos/100000 niños.

La meningitis bacteriana supone una urgencia médica ya que presenta una elevada mortalidad sin tratamiento. Los síntomas pueden presentarse de forma súbita y aumentar rápidamente, por lo que un diagnóstico rápido es esencial para iniciar un tratamiento específico. Aun así, debido al solapamiento de los síntomas, no es posible identificar los agentes causantes basándonos únicamente en la clínica, por lo que un diagnóstico precoz aseguraría un tratamiento etiológico adecuado evitando que los pacientes pueden ser tratados innecesariamente con antibióticos hasta que se descarta una infección bacteriana ya que la mayoría de las meningoencefalitis en los niños son virales.

La sepsis es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a infección asociada a disfunción orgánica. Presenta una incidencia de 56-60 sepsis/100000 niños con una mortalidad hospitalaria global es de un 9-12,4%. La incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis la convierten en un importante problema sanitario.

El Panel de Meningitis y Encefalitis FilmArray es un novedoso panel autorizado por la FDA, sencillo, fácil, rápida e integral, capaz de analizar de forma simultánea a 16 patógenos (bacterianos, víricos y levaduras) en una única muestra de líquido cefalorraquídeo y sangre. Ofreciendo un resultado rápido en escasas horas. Lo que puede contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad del paciente con meningitis, encefalitis y sepsis al realizar una rápida identificación y un tratamiento precoz y adecuado.

Los patógenos identificados son: bacterias (Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae), virus (Citomegalovirus, Enterovirus, Virus Epstein-Barr, Herpes simplex virus 1 y 2, Herpesvirus 6, parechovirus humano, virus Varicela Zoster) y levaduras (Cryptococcus neoformans/gattii).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Clasificar e identificar a los pacientes candidatos a someterse a esta nueva técnica para facilitar la identificación del patógeno causante y la elección de un antibiótico más específico evitando así la aparición de resistencias antibióticas.
Adelantarnos a las técnicas habituales de diagnóstico para llevar a cabo las medidas terapéuticas oportunas.
Optimizar los recursos disponibles

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica actual con las últimas evidencias.
Puesta en común con el servicio de pediatría y microbiología.
Realizar un protocolo para la indicación de estas técnicas.
Puesta en marcha del proyecto.
Evaluación de los resultados y datos obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de un protocolo 100%
Muestras obtenidas a los pacientes indicados 100%
Resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en marzo 2019
Reunión informativa e indicaciones al equipo de pediatría en abril 2019
Recogida de datos y revisión de los resultados a finales de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

FilmArray Panel de meningitis/encefalitis
Muestra de líquido cefalorraquídeo y sangre
Tubos de líquido cefalorraquídeo y hemocultivo

Proyecto: 2019_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

Consentimiento de punción lumbar

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0106 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE PSICOLOGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A CLINICO
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVERA FANDOS LAURA. PIR. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ALTEMIR TRALLERO JARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· PELEGRIN VALERO CARMELO. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ALAYETO GASTON MARIAN. PSICOLOGO/A CLINICO. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· GIL PELEATO EVA. PIR. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· ROMERA MORALES DAVID JOSE. PIR. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge se detecta la necesidad de abordar los casos de obesidad desde un enfoque integral que incluya el tratamiento psicológico. Tanto la obesidad generada por un trastorno de atracón, como por hiperfagia, y la dificultad de estos pacientes para seguir una dieta, esconden en muchas ocasiones una problemática emocional subyacente. Numerosos estudios han hallado una elevada presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estos pacientes, así como una relación entre fracaso de las técnicas de cirugía bariátrica y factores psicológicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un abordaje integral e interdisciplinario de los casos de obesidad, haciendo especial hincapié en el abordaje psicológico, con el objetivo de modificar los factores psicológicos que influyen en la conducta de sobreingesta. La población diana será mujeres y hombres mayores de 18 años con IMC a partir de 30, en seguimiento en Servicio de Endocrinología del Hospital San Jorge, para los cuales la obesidad sea egodistónica y estén dispuestos a implicarse en un tratamiento grupal continuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica sobre factores psicológicos y obesidad, así como intervención psicológica grupal. Coordinación con servicio de Endocrinología y Nutrición, con intervención del médico endocrino y la enfermera de nutrición. Derivación y selección de los candidatos a participar en el programa.

Se realizará una parte educativa consistente en 4 charlas realizadas por médico endocrino, enfermera de nutrición, psicóloga interna residente y psiquiatra de UTCA.

A continuación se realizará la terapia grupo propiamente dicha llevada a cabo por la Psicóloga Clínica de la UTCA en coterapia con la Psicóloga Interna Residente. Se trata de un grupo cerrado, semanal, de entre 10-12 pacientes, de entre 60-90 minutos de duración por sesión.

Se necesita una sala amplia acondicionada con equipo informático y proyector (ideal sala de juntas 7ª planta) con disponibilidad semanal durante 3 meses.

Son necesarios tests psicológicos para la evaluación psicológica pre y post tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Implantación del proyecto en el calendario previsto.
Evaluación psicométrica de síntomas psicológicos antes y después.
Un indicador positivo sería la reducción del peso en los participantes.
Valoración positiva de las encuestas de satisfacción que se pasarán a los participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

febrero 2019: inicio revisión bibliográfica y coordinación con servicios implicados
marzo 2019: inicio de derivación y selección de participantes
marzo-abril 2019: inicio del abordaje grupal
junio 2019: finalización terapia grupal
julio-septiembre 2019: corrección de los tests y análisis de los datos obtenidos
octubre-noviembre 2019: realización de memoria

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos personales: disponibilidad de los profesionales
Recursos materiales: sala acondicionada y tests psicométricos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_0106 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE PSICOLOGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0032 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE AL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

2. RESPONSABLE MARIAN ALAYETO GASTON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARCELLER TEJEDOR AMAYA. PIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CALVERA FANDOS LAURA. PIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MORER BAMBA BARBARA. PSICOLOGO/A CLINICO. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· GALAN TORRES LETICIA. PSIQUIATRIA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· GIL PELEATO EVA. PIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En 2016 se inicia el Programa de Neuropsicología en el Servicio de Psiquiatría del HG San Jorge. Desde entonces se han atendido más de 600 personas derivadas desde otros Servicios (neurología, psicogeriatría, salud mental...) para realizar la valoración de las funciones cognitivas, con frecuencia el carácter es apoyo diagnóstico. La mayoría de estas personas padecen deterioro cognitivo en distinto grado, pudiendo beneficiarse de entrenamiento en estimulación cognitiva, la cual se ha mostrado efectiva para mejorar el funcionamiento cognitivo. Por el momento, desde la red de salud pública de Aragón no existe la posibilidad de realizar una rehabilitación neuropsicológica integral ni llevar a cabo un entrenamiento de este tipo. Este entrenamiento podría llevarse a cabo en los hogares de los propios pacientes, bajo la supervisión de los familiares en algunos casos, a través de plataformas on line; muchas personas desconocen su existencia y utilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1.- Fomentar la rehabilitación cognitiva mediante ejercicios de estimulación cognitiva a los pacientes con deterioro cognitivo que acuden para ser valorados neuropsicológicamente al Programa de neuropsicología
2.- Facilitar dicho entrenamiento a través de la difusión de las páginas web y plataformas on line especializada en estimulación cognitiva a las personas que puedan beneficiarse de su uso (a valorar tras la exploración neuropsicológica realizada)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line a través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...)
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas.
3.- Impresión copias del documento para su difusión en la consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes que pueden beneficiarse potencialmente y a los cuales se les entregará el documento con la alternativas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line a través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...) abril 2019
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas. mayo 2019
3.- Impresión copias del documento y difusión del mismo en la consulta. junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

ordenador, telefono, impresora

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Deterioro cognitivo, daño cerebral
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RIVARES MORCATE
• Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• CASTAN PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• MARTINEZ CABELLO VERONICA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• FERNANDEZ CAÑADAS PATRICIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• LLACER NAVARROCARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• LLORENTE ALASTRUEY MARTA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
• LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Consideramos importante la realización de una encuesta de satisfacción del paciente en el servicio de psiquiatría cuando reciba el alta médica y de enfermería. El paciente así puede expresar sus opiniones y manifestar su nivel de satisfacción.

Hasta el momento hemos detectado que no se rellena en papel porque la encuesta actual no se ajusta a las necesidades percibidas por los pacientes ni al trabajo que se desarrolla en la unidad.

Conocer el sentir de los pacientes y cómo perciben nuestra atención es fundamental tanto para que ellos se sientan reconocidos plasmando sus necesidades como para que el personal conozca y también evalúe esas mismas necesidades, carencias o sentimientos de satisfacción hacia el servicio y poder actuar en consecuencia de lo recibido.

La finalidad de este proyecto no es tanto realizar una medición estadística, que también, como conocer la percepción del paciente que está sufriendo un proceso agudo de salud mental y así intentar adaptar nuestro trabajo diario a sus necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Elaborar una encuesta de satisfacción al alta adaptada a las necesidades de la unidad.

-Recoger el nivel de satisfacción de los usuarios de la unidad de agudos en relación a la calidad en los cuidados .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer qué encuestas se están realizando en entornos similares al nuestro.

-Elaborar una nueva encuesta de satisfacción de usuarios de UCE.

-Establecer de forma sistemática la entrega de la encuesta al alta del paciente.

-Recogida y tratamiento de los datos de las encuestas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada al alta / total de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría en el año 2019.

-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada del 1 abril 2019 al 1 de junio 2019/ total de pacientes ingresados en el mismo período.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Febrero 2019- Búsqueda bibliográfica

-Marzo2019: Elaboración de la encuesta de satisfacción

-Abril- Mayo2019: Recogida de datos

-Octubre- Diciembre 2019: Estudio y tratamiento de los datos para posterior evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Reunión para la difusión del proyecto.

- Elaboración del folleto de la encuesta de satisfacción.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Proyecto: 2019_0682 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

2. RESPONSABLE CONCEPCION LATAPIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON SALVATIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LLORENTE ALASTRUEY MARTA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CASTAN PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ CABELLO VERONICA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ESCAR ARGUIS CESAR. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ACIN LASAUCA SOFIA. TCAE. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace casi 20 años la terapia electroconvulsiva se aplica en la unidad de agudos a pacientes de diferentes patologías psiquiátricas con el objetivo de conseguir una mejoría clínica del paciente que con otro tratamiento no resulta eficaz.

La incorporación de programas informáticos como el Gacela ha producido cambios en la forma de registro y en el seguimiento de la actividad. También la incorporación de personal nuevo que rota en la unidad nos hace plantearnos un seguimiento tanto en la actuación como en el registro de la actividad.

Desde hace dos años, dada la demanda de pacientes derivados por el psiquiatra a este procedimiento, surge la necesidad de plantearnos la realización de la actividad de forma ambulatoria a través de la CMA y así reducir los ingresos. Los pacientes son atendidos por personal que no trabaja en la unidad y realizamos una coordinación con el servicio para informar y registrar los pacientes derivados de forma ambulatoria una vez que han sido dados de alta. Por todo ello surge la necesidad de actualizar el protocolo para garantizar el sistema de registro de antes y después de la técnica, además del buen funcionamiento del protocolo en ambos servicios garantizando la eficacia y la seguridad en el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Garantizar la seguridad del usuario que recibe el procedimiento.

Objetivos secundarios:

- Revisar y actualizar el protocolo de TEC
- Difundir el protocolo al personal de enfermería de la unidad de agudos y el servicio de CMA.
- Establecer un sistema de registro unificado para ambos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica para la realización de un nuevo protocolo acorde a las necesidades actuales.
- Difundir la información al personal de la unidad y CMA a través de reuniones.
- Elaboración de dicho protocolo.
- Registro de los cuidados antes del procedimiento y después de la técnica
- Seguimiento y evaluación del registro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración del documento. SI/NO

-% pacientes a los que se les realiza el TEC que se les aplica el protocolo con el registro actualizado / % pacientes que se les realiza el procedimiento TEC. Estándar 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: Revisión bibliográfica

Abril-mayo 2019: Difusión de la información al personal de la unidad y CMA.

Junio- septiembre : Elaboración de dicho protocolo.

Octubre a diciembre 2019: Seguimiento y evaluación del registro de cuidados antes de la realización de la técnica y después del procedimiento

9. RECURSOS NECESARIOS.

Elaboración del protocolo.

Reuniones para la coordinación y difusión del proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

Proyecto: 2019_0682 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA**

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE DIANA MARQUINA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· GONZALEZ GAMBAU JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· BORJA ALEGRE ALVARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· MONTEJO GAÑAN INMACULADA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MUÑOZ MORER PATRICIA. TCAE. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· FERNANDEZ USIETO TANIA. TER. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la primera causa de muerte en la población femenina mundial, por lo que su detección precoz es la clave para mejorar su pronóstico y supervivencia.

Es de vital importancia establecer protocolos diagnósticos y circuitos de derivación de pacientes entre los diferentes especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria. Es necesario pautar unas directrices de actuación para que se agilicen los procedimientos, de tal manera que se ahorre tiempo de crucial importancia entre los diferentes eslabones del proceso diagnóstico.

La inexistencia de un circuito de derivación eficaz para las pacientes del Hospital de Jaca que precisan continuidad diagnóstica en la Unidad de Intervencionismo del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge, ha ocasionado varios casos de importantes demoras y/o derivaciones erráticas en los últimos meses.

Por ello se hace necesario elaborar un circuito adecuado para citar en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca a aquellos pacientes que requieran procedimientos intervencionistas. El punto de partida de dicho circuito es la detección mediante mamografía y/o ecografía realizadas en el Hospital de Jaca de lesiones mamarias subsidiarias de realizar biopsia guiada por ecografía o estereotaxia. Dichos pacientes deberían ser citados a la mayor brevedad posible en el Hospital San Jorge, evitando así retrasos injustificados en el proceso diagnóstico que pudieran repercutir en su pronóstico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital de Jaca, subsidiarios de procedimientos intervencionistas de patología mamaria, a la Unidad de Intervencionismo de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.

2. Registrar el número de pacientes del Hospital de Jaca a las que se les ha realizado mamografía y/o ecografía con lesiones BI-RADS 3, 4 y 5 candidatas a procedimientos intervencionistas.

3. Optimizar y minimizar los tiempos diagnósticos de la patología mamaria.

4. Reducir el grado de ansiedad de las pacientes asociado a la incertidumbre de una espera prolongada en un proceso diagnóstico de una potencial patología mamaria maligna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge.

2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del Servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología.

3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito.

4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación.

5.- Revisión de las encuestas y los registros.

6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes derivados mediante circuito (Nº pacientes derivados mediante circuito/ Nº total pacientes derivados X 100). Estándar >90%.

Proyecto: 2019_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGÍA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Impacto del circuito de derivación en el tiempo medio de demora desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de biopsia en el Hospital San Jorge (Nº medio de días de pacientes derivados mediante circuito/ Nº medio días transcurridos en el total de derivaciones). Estándar <50%.

- Porcentaje de pacientes remitidos mediante circuito que valoran positivamente la información recibida (Nº pacientes que valoran positivamente la información recibida/Nº total de pacientes derivadas mediante circuito X 100). Estándar >80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Línea de mejora multidisciplinar que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospital de Jaca y de Radiodiagnóstico y Ginecología del Hospital San Jorge.

Fecha de inicio: 1 marzo 2019.

Fecha finalización: 1 marzo 2020.

1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge. Fecha: marzo 2019.

2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología. Fecha: marzo 2019.

3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito. Fecha: marzo 2019.

4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación. Fecha: marzo 2019.

5.- Revisión de las encuestas y los registros. Fecha: abril 2019-febrero 2020.

6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos materiales adicionales a los ya disponibles para llevar a cabo el proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA MAMARIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ALVARO BORJA ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOMA LATRE EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHEZ LALANA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· TORRECILLA MUZAS SANDRA. TER. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La tendinopatía calcificante del hombro es una lesión común caracterizada por la formación de depósitos cálcicos sobre los tendones del manguito rotador del hombro y de forma particular en el supraespinoso. Se trata de una lesión que es cada vez más frecuente y, aunque se da en ambos sexos y a cualquier edad, la mayor incidencia es en mujeres de 40 a 60 años. Entre un 10-20% de las tendinitis calcificantes del hombro se mantienen asintomáticas. Sin embargo, en el resto de los casos, una vez que se ha formado el depósito de calcio los síntomas más frecuentes son dolor intenso especialmente nocturno y al realizar determinados movimientos de rotación del hombro, lo que, a su vez lleva a una pérdida progresiva de la movilidad de la articulación y a una incapacidad secundaria. El tratamiento percutáneo ecoguiado mixto con aspiración y lavado es una técnica poco invasiva, fiable, consolidada y que ha demostrado tener muy buenos resultados en pacientes seleccionados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. En este proyecto proponemos una vía terapéutica nueva, complementaria y no excluyente a las ya existentes (tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, infiltración con corticoides de la bursa subacromiosubdeltoidea, litotricia por ondas de choque, cirugía) para el abordaje de la tendinopatía calcificante.
2. Los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este tratamiento deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:
-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito rotador con una calcificación de al menos 10mm de eje mayor visible con estudio ecográfico y radiológico. Confirmación de los hallazgos con con Rx simple y ecografía realizado en nuestro Servicio el día del tratamiento.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto.
-Pacientes que firman el consentimiento informado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaboración de un protocolo para la implantación y adecuación de este procedimiento
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos)
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento
4. Posibilidad de desarrollar una encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA)
5. Revisión de las encuestas y los registros
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30
2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%
3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50
4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%
5. Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta (en el caso de instaurarla) tras el procedimiento. Estándar >85%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Línea de mejora que engloba al servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de San Jorge con posibilidad de difusión informativa hacia otros servicios cercanos al área musculoesquelética (principalmente Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología).

Fecha de inicio: 1 marzo 2019

Fecha finalización: 1 marzo 2020.

1. Elaboración de un protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de tratamiento percutáneo ecoguiado.

Proyecto: 2019_0311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha: marzo 2019.

2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos). Realización de charlas intrahospitalarias/servicios seleccionados, trípticos informativos. Fecha: marzo-septiembre 2019.
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento. Fecha: marzo 2019.
4. Elaboración de encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA). Fecha: marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y registros. Fecha: febrero 2020.
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

En principio no son necesarios recursos materiales adicionales a los ya disponibles en el servicio/hospital.

Enumeramos los indispensables:

- Ecógrafo con sonda de alta frecuencia (5-12MHz)
- Agujas subcutáneas e intramusculares (al menos de 20G y de 4cm de longitud). Jeringas con sistema de Rosca
- Lidocaína al 2%. Triamcinolona acetónido 40 mg (trigon depot 40mg/ml suspensión inyectable)
- Suero fisiológico, gasas, paños estériles.
- Camilla para el paciente con respaldo reclinable (inclinación a 90°).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1394 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA EN EL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE INMACULADA MONTEJO GAÑAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARQUINA MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LACASTA VIVAS CARLOS MARIA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· HERNANDO ARDANAZ EDUARDO. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· ALMEIDA ESCARTIN NURIA. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· ROCA CAMPO MIRIAM. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· RAUSELL MINGOTES PILAR. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· CALLEN GARCIA OSCAR. ENFERMERO/A. H JACA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La tomografía computarizada (TC) es una de las técnicas de imagen que mayor evolución tecnológica ha experimentado en los últimos tiempos, y por tanto, una de las más utilizadas actualmente tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de múltiples patologías.

En febrero de 2019 se puso en funcionamiento por primera vez un equipo de TC multidetector en el Hospital de Alta Resolución del Pirineo de Jaca, lo cual supuso la puesta en marcha de un complejo proceso organizativo.

La formación del personal implicado en la realización de estas exploraciones es crucial para obtener estudios óptimos, preservando a la vez la máxima seguridad del paciente, ya que estos aparatos utilizan radiaciones ionizantes y en ocasiones, es necesaria la administración de contrastes yodados, con el consiguiente riesgo de reacción alérgica.

Por todo ello, y dadas las dificultades surgidas en los inicios de este proceso, consideramos importante establecer el protocolo a seguir para la realización de una exploración de TC, incluyendo la canalización adecuada de las peticiones, la preparación del paciente para la prueba y, por último, la realización de la misma de manera óptima.

Por otro lado, es crucial también el ajuste adecuado y progresivo de los distintos tipos de exploración en el aparato de TC, con el fin de obtener exploraciones de calidad en condiciones de máxima seguridad para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Establecer el proceso de canalización de las peticiones tanto urgentes como programadas de los estudios de TC, con el fin de que éstos sean realizados e informados en un período de tiempo adecuado.
2. Estandarizar y optimizar los distintos tipos de estudios en el aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen...) para facilitar el aprendizaje del personal encargado de realizar las exploraciones y obtener estudios de la alta calidad.
3. Definir y difundir entre el personal implicado la pauta de actuación en caso de reacción adversa al contraste yodado para garantizar la seguridad del paciente.
4. Conocer la demanda de estudios de TC en el Hospital de Jaca, con la finalidad de planificar la actividad del equipo de TC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Elaboración de un protocolo que recoja el proceso a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC.
2. Elaboración de un circuito de canalización de peticiones de TC urgentes/ no urgentes .
3. Análisis de los protocolos de exploración del aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen...) y optimización de los mismos.
4. Análisis de las deficiencias observadas en la técnica de los estudios (colocación del paciente, administración de contraste...) y subsanación de las mismas.
5. Realización de sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico.
6. Registro del número de estudios realizados procedentes de cada especialidad médica.
7. Elaboración y divulgación del protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado.

Proyecto: 2019_1394 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA EN EL HOSPITAL DE JACA

8. Registro de efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado intravenoso.

9. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de peticiones de TC urgente que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.

2. Porcentaje de peticiones de TC programado (no urgente) que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones no urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.

3. Porcentaje de protocolos de exploración del aparato de TC optimizados. (Nº de protocolos de TC mejorados/ Nº total de protocolos x 100). Estándar > 90%.

4. Porcentaje de estudios repetidos por errores/problemas técnicos. (Nº de estudios repetidos/número de estudios realizados x 100). Estándar <1%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Línea de mejora que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospitales de Jaca y San Jorge.

Fecha de inicio: 1 mayo 2019

Fecha finalización: 1 mayo 2020.

1.- Elaboración de un protocolo que incluya las múltiples actividades y procesos a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC. Mayo 2019.

2.- Realizar sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico. Mayo 2019 - mayo 2020.

3.- Registrar el número de estudios realizados procedentes de las distintas especialidades médicas. Mayo 2019 - mayo 2020.

4.- Elaboración de un protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado iv. Mayo 2019.

5. Registrar efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado iv. Mayo 2019- mayo 2020.

6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Mayo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos materiales adicionales a los ya disponibles en un Servicio de Radiodiagnóstico para llevar a cabo este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías (oncológicas, infecciosas, quirúrgicas...)

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE INFORMACION ANTES DE LA RECEPCION DE PROTESIS DE RODILLA EN EL H SAN JORGE

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE BADIA ESTEFANIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· URRUTIA DIEZ AMAIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· MANAU OMEDES CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GARCES PEIRON ANA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MORALES BALIEN SANTIAGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· PANIEGO LOPEZ ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un creciente número de pacientes son atendidos anualmente en este Hospital para recibir prótesis de rodilla en intervenciones programadas, consideramos que el establecimiento de una charla o sesión de acogida previa al procedimiento incrementará la información del paciente respecto a la intervención de que va a ser objeto, ayudando a minimizar miedos y predisponer al paciente de forma positiva al preoperatorio, así como dar a conocer destrezas que le ayudarán en el proceso de rehabilitación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer un guión y desarrollar un calendario de sesiones informativas destinadas a los pacientes que serán intervenidos de prótesis de rodilla en fechas posteriores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Consensuar dentro del equipo de mejora una estructura y contenidos que conformarán la sesión informativa a la que acudirán los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se establece un guión y contenidos consensuados por el equipo de mejora (SI)
Se establece un criterio para desarrollar un calendario flexible de la impartición de las sesiones (SI)
Se desarrollan las charlas con arreglo al calendario (SI)
Se diseña un cuestionario de satisfacción a los pacientes (SI)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se desarrollará a lo largo de 2019, estableciendo el guión y estructura de la charla, así como los criterios de establecimiento del calendario de desarrollo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Medios audiovisuales y de reprografía disponibles en el servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AUDINA BENTUE MARIA TERESA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· ABOS NAVARRO IXEA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· ELBOJ SASO MARIA SALAS. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GRACIA SEN MARIA DEL CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· ALBAS TIERZ NURIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· VIÑUALES PEREZ SANTIAGO. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de una gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información.

La gestión de los usuarios del servicio de electroterapia en Rehabilitación, se realiza en gran parte de forma manual, con anotaciones y múltiples registros que permiten el control tanto de aquellos usuarios que están en proceso de tratamiento, como de aquellos que se encuentran en lista de espera, préstamo de dispositivos, etc. El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información.

Lo que se pretende mediante la informatización de estos registros es una serie de ventajas como pueden ser: facilitar la gestión, distribución y localización de los pacientes, mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

La presencia de ordenador y la informatización de los registros en el servicio de electroterapia permitirá mejorar el control de acceso a electroterapia y mejorar la coordinación entre servicios de la unidad para aquellos usuarios que tienen varios tratamientos de forma simultánea (cinesiterapia, terapia ocupacional).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la atención al paciente y aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Mejorar la distribución de los pacientes y gestión de tiempo.
- Mayor implicación por parte de los profesionales en la organización del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión y valoración de las distintas opciones organizativas.
- Diseño de los distintos elementos de gestión/registro de pacientes y dispositivos.
- Elaboración de encuesta de satisfacción. Puesta en práctica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar al menos 4 reuniones anuales
Encuesta de satisfacción. Estandar: 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se prevé realizar el proyecto a lo largo de 2019:
Abril diseño del proyecto
Mayo distintas reuniones entre los miembros del proyecto
Junio, diseño de registros.
Octubre, puesta en marcha
Noviembre, revisión e implantación definitiva.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador en red en el servicio de electroterapia.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1024 (Acuerdos de Gestión)**

PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MAÑAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- GARCIA OTAL ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ALMACEN
- BRAU PERIZ PATRICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ALMACEN
- NAVARRO PEREZ CLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
- ARROYOS BELLOC FRANCISCA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se conoce como alerta sanitaria toda sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual se hace necesario el desarrollo de acciones de Salud Pública urgentes y eficaces. Se requiere una especial vigilancia por sus potenciales consecuencias en el ámbito sanitario. Con la finalidad de poder identificar y verificar las situaciones de alerta por riesgos para la salud de la población que surgen en relación con la calidad, seguridad, la comercialización ilegal de medicamentos y productos sanitarios así como para poner en conocimiento de los profesionales sanitarios la información o medidas necesarias que se adopten, es preciso generar un circuito con el objeto de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones las cuales incluyen que las alertas lleguen a sus destinatarios, se pongan en marcha las medidas oportunas y se elabore un registro que asegure la trazabilidad de las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Abril. Reunión primera información, ver documentación.
Mayo. Reunión para repartir tareas, coordinación.
Junio. Elaboración de protocolo. hojas de registro.
Septiembre. presentación del protocolo a la comisión de calidad
Septiembre a Diciembre. Puesta en marcha del protocolo, difusión e implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo. SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

UN AÑO

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. gestion alertas sanitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0877 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL DOLOR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR
· SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR
· VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR
· CIRIA LAGUARTA GEMMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR
· DE MUR LAPLANA LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el momento actual, se realizan los informes clínicos en formato Word sin que otras especialidades puedan tener acceso a la información aportada desde la Unidad del Dolor. Vemos necesario la realización de los informes solicitados por los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, de forma que todos los informes tengan un formato similar con un contenido mínimo de información y que se tenga acceso a la información desde cualquier hospital de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto consiste en informatizar y estandarizar la realización de los informes médicos solicitados a los diferentes facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital de San Jorge, así como mejorar la accesibilidad a la información de los pacientes. Se realizarán diferentes informes: de atención (en relación a la realización de procedimientos concretos), informes evolutivos del proceso, informes de alta (de la unidad, de hospitalización), informes con planes terapéuticos y recomendaciones en función de las solicitudes de informe realizadas por los pacientes. Se facilitarán una serie de datos mínimos administrativos y clínicos para cada tipo de informe. Con este proyecto, se pretende una mejora en la comunicación entre las distintas especialidades que participan en el diagnóstico y tratamiento de los procesos dolorosos valorados en la Unidad del Dolor. Así mismo, se facilitará al paciente una información básica acerca de la evolución de su proceso y del manejo terapéutico del mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de informes médicos en Historia Clínica Electrónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de informes realizados en HCE por los facultativos de Unidad del Dolor.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Puesta en marcha inmediata del proyecto de mejora. Reuniones entre los miembros de la UTD y Servicio de Admisión y Documentación del Hospital.
Duración de la monitorización de la actividad de mejora, 1 año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador. Programa informático de Historia Clínica Electrónica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ANA BELEN SANCHEZ PUERTOLAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILLAN ACERO ANA ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- CUARTERO CUENCA BERTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- ALTEMIR TRALLERO JARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- RODRIGUEZ LEON ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hiperglucemia es una situación metabólica muy prevalente en los Servicios de Urgencias (SU). Sin embargo, con frecuencia es considerado un evento accesorio más que una enfermedad en sí misma, siendo frecuente la inercia no terapéutica debida en gran medida a la escasa familiarización de los profesionales sanitarios con su manejo. El reconocimiento del impacto de la hiperglucemia en la morbimortalidad y costes de los pacientes hospitalizados también es creciente, observando que la hiperglucemia, además de ser 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. En los últimos años el manejo de la hiperglucemia ha adquirido una especial relevancia y se han establecido recomendaciones que sugieren que el objetivo de glucemia durante el ingreso hospitalario debería ser el de la normoglucemia.

Por ello creemos conveniente la realización de esta guía que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para contribuir a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con hiperglucemia, promoviendo un manejo unificado y protocolizado de los mismos, encaminado a conseguir un control metabólico óptimo que lleve a la mejoría de diversos ítems de morbimortalidad asociados a la hiperglucemia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el SU para mejorar el control glucémico, tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos conocidos con hiperglucemia.
- Aplicar la metodología de la mejora continua de la calidad en el tratamiento insulínico de pacientes con diabetes o hiperglucemia en el SU.
- Reducir la aparición de hipoglucemias en pacientes sometidos a insulino terapia en el SU.
- Disminuir el número de hiperglucemias en pacientes que reciban tratamiento con glucocorticoides en el SU.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el paciente atendido en el SU por cualquier motivo, unificando criterios de actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- Determinación precoz de glucemia capilar en pacientes en riesgo de padecer hiperglucemia

- Dimensión: Riesgo. Efectividad
- Fórmula: N° Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia a quienes se realiza glucemia capilar en el primer contacto con enfermería / N° Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

2.- Determinación de glucemia capilar en el triaje en todos los pacientes diabéticos que consultan en el SU.

- Dimensión: Riesgo. Efectividad
- Fórmula: N° Pacientes diabéticos que acuden al SU a quienes se realiza glucemia capilar en el primer triaje / N° Pacientes diabéticos que consultan en el SU x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

3.- Determinación precoz de la glucemia capilar en los pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico

- Dimensión: Riesgo. Efectividad. Seguridad
- Fórmula: N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico a quienes se realiza glucemia capilar precoz / N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.

Proyecto: 2019_0544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

4.- Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge

- Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: N° Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge / N° Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 85%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2019, implantándolo en el primer trimestre de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Realización analítica sangre y orina. Glucómetro y tiras reactivas. Insulinas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0730 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE DAVID MEJIA ESCOLANO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
• SOLER ALLUE SANDRA. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
• APARICIO JUEZ LARA. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
• BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
• SERRA PUYAL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
• GALLEGO LLORENS ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
• CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cólico renal es un cuadro clínico secundario a una obstrucción ureteral aguda, parcial o completa, en la mayoría de los casos secundaria a un cálculo o litiasis que provoca distensión aguda en el sistema colector. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, y constituye el motivo más frecuente de asistencia urgente dentro del ámbito urológico (2-5 % de las urgencias hospitalarias). Por la brusquedad de su aparición, la intensidad del dolor y el quebrantamiento general que provoca, es una verdadera urgencia médica. En el servicio de Urgencias del H. San Jorge de Huesca tenemos una prevalencia de 1,5% de media en los últimos 7 años. Como factores favorecedores están los meses cálidos, a primera hora de la mañana, ser hombre blanco de 30 a 50 años. Es una causa muy importante de morbilidad y, aunque el fracaso renal por su causa es poco frecuente, origina un importante sufrimiento para el paciente y un elevado coste socioeconómico. A pesar de su elevada incidencia, diferentes estudios han demostrado la gran variabilidad clínica a la hora del diagnóstico y el tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Optimizar la atención del paciente que consulta por cólico renal en el Servicio de Urgencias, con un rápido y eficaz control del dolor siguiendo las guías de práctica clínica existentes.
- Definir las indicaciones para la realización de las pruebas complementarias.
- Definir la estrategia a seguir en el caso del cólico renal complicado.
- Definir los criterios de derivación a Consultas Externas de Urología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una guía para la atención de los pacientes con cólico renal que consultan en el Servicio de urgencias, en la que conste los criterios diagnósticos de cólico renal simple y complicado, las pruebas complementarias a realizar con sus indicaciones, tratamientos, así como los criterios de alta a domicilio, interconsulta con el Servicio de Urología, ingreso hospitalario y de control en consulta de Urología. Se realizará la guía para la atención de estos pacientes entre Abril y Junio de 2019, poniéndola en conocimiento del personal del Servicio de Urgencias en el tercer trimestre de 2019, para su implantación definitiva en el último trimestre de dicho año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1) Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias

- Dimensión: Efectividad
- Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias x 100
- Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
- Estándar: 90%

2) Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico nefrítico

- Dimensión: Efectividad
- Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y triaje II en que se demora la administración de tratamiento analgésico más de 15 minutos / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal x 100
- Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.

Proyecto: 2019_0730 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Estándar: 20%
 - 3) Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les realiza ecografía abdominal
 - Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les ha practicado ecografía abdominal y/o TAC / No Pacientes con criterios de cólico renal complicado x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: > 95%
 - 4) Pacientes atendidos en el SU con el primer episodio de cólico renal que son citados a Consultas Externas de Urología
 - Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes con primer episodio de cólico renal citados a consulta externa de Urología / No Pacientes con primer episodio de cólico renal atendidos en Urgencias
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 90%
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende iniciar las actividades en abril y terminarlas a finales del año 2019.
Elaboración de una guía de actuación ante el cólico renal en urgencias.
Los responsables de la implantación son los participantes del proyecto de mejora que una vez elaborada la guía darán a conocer a los diferentes servicios implicados.
9. RECURSOS NECESARIOS.
Acceso a las bases de datos de información científica
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE REBECA TEJEDOR MEDEZ

- Profesión MIR
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO MORTE JONATAN. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- URBANO PANADERO BEATRIZ. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- ORTEGA ORTEGA BELEN. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- GIMENO GARCIA BEATRIZ. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- TORRES CABRERO RAQUEL. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- CORTES IZAGA MARIA. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- SIRERA SUS MARIA PILAR. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dada la experiencia por parte de residentes de otros años y la nuestra propia, consideramos necesario una guía de acogida en el servicio de Urgencias que facilite la adaptación en los primeros momentos del primer año de residencia. Esta guía tiene una finalidad orientativa, pretende proporcionar una información básica inicial sobre las normas y organización del servicio y del hospital, la coordinación con otros servicios y especialidades, las actividades docentes que se llevan a cabo y el funcionamiento general de la unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es realizar una guía de acogida e información para todos los residentes de primer año, que vayan a realizar guardias o una rotación en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca. Con ello se espera conseguir una mejor adaptación del residente de primer año que será evaluada con una encuesta de satisfacción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones del equipo de mejora
- o Una primera reunión inicial para acordar los puntos clave que deben estar contenidos en la guía (índice) y distribuir el trabajo para desarrollarlos.
- o Posteriores reuniones, aproximadamente cada 2 meses, para poner en común lo elaborado, valorar los avances y realizar correcciones si fueran necesarias.
- Revisión sistemática de las guías que existan y que sirvan de base para elaborar la guía.
- Realizar una sesión de presentación de la guía a los nuevos residentes, otorgando un ejemplar de la misma.
- Realización de una encuesta inicial y final para valorar grado de satisfacción y así recibir un feed-back con las opiniones de quienes han recibido esta guía.
- Se prevé la finalización de la guía en un plazo de 6 meses.
- Se precisará la impresión de 20 guías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1) Existencia de una guía de acogida e información a los Médicos Internos Residentes (MIR), que realizan atención continuada en el Servicio de Urgencias
- Dimensión: Satisfacción.
 - Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
 - Explicación de términos: La Guía de acogida e información debe reunir la información necesaria para que el MIR pueda desempeñar correctamente su trabajo en el Servicio de Urgencias
- MIR
- Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
 - Tipo: Estructura
 - Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
 - Estándar: Si
- 2) Conocimiento de la Guía de Acogida e Información a los MIR
- Dimensión: Satisfacción
 - Fórmula: N° MIR que conocen la existencia de la guía de acogida e información/ N° de MIR que trabajan en el Servicio de Urgencias x 100
 - Población: MIR de cualquier especialidad que trabajan en el Servicio de Urgencias
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción.
- Documentación y registros de la Unidad de Atención al Paciente
- Estándar: > 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se iniciará el proyecto en mayo con una duración de 6 meses.
Se finalizará en diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión del Guía por parte del Hospital

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0719 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CANCER DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ARACELI BONO ARIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GARCIA RUIZ RAMIRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· CASTILLO JEREZ MARCELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GARCIA ALARCON JAVIER. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
· FONT CELAYA JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer de próstata es una neoplasia de incidencia creciente y alta prevalencia. En España se detectan 22.000 casos nuevos/año. No hay datos concluyentes sobre si el screening del cáncer de próstata es eficaz para prevenir o disminuir la mortalidad. Es imprescindible el diagnóstico AP del tumor y su clasificación en grupos de riesgo (muy bajo, bajo, intermedio y alto riesgo), que condicionan distintas pruebas de estadiaje y tratamiento. Sabemos el comportamiento poco agresivo de algunos cánceres de próstata y la extremada agresividad de otros. Es imprescindible evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento. El desarrollo de nuevas moléculas que aumentan la supervivencia, constituyen nuevos escalones terapéuticos y provoca cambios continuos en el manejo del tumor.

En nuestro Servicio en 2018 realizamos 211 biopsias prostáticas, diagnosticándose 75 nuevos cánceres, 18 cirugías radicales, 24 cirugías paliativas, 20 pacientes han recibido radioterapia y 16 han entrado en Vigilancia Activa. 106 pacientes reciben bloqueo hormonal y 6 pacientes, resistentes a castración, enzalutamida o abiraterona, tratamientos con un altísimo coste económico.

Actualmente, los FEAs del Servicio de Urología del Hospital San Jorge atienden en Consultas Externas todo tipo de patología, sin diferenciación por grupos de patología excepto dos sesiones de mañana, dedicadas a Tumor vesical. La alta prevalencia e incidencia, su heterogeneidad, complejidad y alto coste económico de los nuevos tratamientos, precisa un gran conocimiento de la enfermedad y una implicación explícita en la actualización continua de conocimientos. La implementación de esta Consulta Especializada mejorará el rendimiento: todos los pacientes recibirán un seguimiento estrecho y preciso, se evitarán tratamientos y estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a sus riesgos de recidiva y/o progresión; todo ello en base a las últimas guías de evidencia clínica.

Los pacientes, al tener de referencia a tres FEAs, se sentirán más cómodos y disminuirá su ansiedad e incertidumbre.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con cáncer prostático, llevada a cabo por tres Facultativos Especialistas del Servicio. Se pretende:

- Mejorar la atención secuencial y multidisciplinar del paciente con cáncer de próstata
- Detectar debilidades y proponer líneas de mejora
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Optimizar el consumo de recursos sobre todo consensuando indicación de pruebas complementarias, tratamientos con intención curativa y paliativa, manejo de pacientes hormonossensibles/hormonoresistentes, y disminuir la frecuentación en las consultas en los casos innecesarios.
- Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales

Se contactará con Atención Primaria con el objetivo de detectarlo precozmente y tratarlo en fases iniciales, así como para facilitar su seguimiento en determinados pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Tres consultas/semana especializadas en pacientes con cáncer de próstata. A estas consultas se remitirán los pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por neoplasia prostática. Los pacientes se agruparán por: grupos de riesgo, tipo de tratamiento recibido, ausencia o no de progresión (bioquímica/clínica) de la enfermedad y metastásico/no metastásico

- Tres urólogos de la plantilla estructural del Servicio de Urología del Hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Control óptimo: Tiempo a tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías Clínicas y protocolos actuales del Servicio.

-Tiempo a tratamiento: tiempo desde la finalización del estudio de extensión hasta el procedimiento terapéutico (<31 días). Estándar>90%

-Cumplimiento del seguimiento: Pacientes que cumplen el seguimiento/pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales. Estándar>90%

-Evaluación fuera de Consulta Especializada Pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en

Proyecto: 2019_0719 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CANCER DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Consulta no especializada/total de pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en total. Estándar <10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración: permanente e indefinida

Calendario:

-Abril-mayo 2019: organización para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de dos Consultas especializadas en Cáncer de Próstata

-Junio-julio 2019: se comenzará la derivación de pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por cáncer de próstata a estas Consultas especializadas

-Monitorización del proceso, identificación de fallos y dificultades, con propuestas de mejoras hasta noviembre de 2019

-Implantación definitiva a partir de diciembre de 2019

-Marzo 2020: valoración de la situación

9. RECURSOS NECESARIOS.

Actualmente se disponen de los medios técnicos suficientes para la realización de todo el proceso:

-3 Consultas Externas (de las que forman parte habitual de las Consultas Externas del Servicio de Urología)

-Enfermería y TCAE adscritas ya al Servicio de Urología en Consultas Externas

-3 urólogos del Servicio de Urología

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Hombres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA (CP) DE BAJO/MUY BAJO RIESGO (EBR)

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
- FONT CELAYA JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
- CASTILLO JEREZ MARCELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
- APARICIO JUEZ LARA. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
- GARCIA ALARCON JAVIER. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
- PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- BONO ARIÑO ARACELI. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El CP es la neoplasia no cutánea más frecuente en el varón y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en hombres de países occidentales. El 37 % de los pacientes diagnosticados, presentarán EBR (escasa probabilidad de afectar a la esperanza o calidad de vida del paciente). En estos casos, una estrategia de ttº que podría adoptarse es la vigilancia activa, que consiste en realizar un seguimiento protocolizado del tumor realizando un ttº con intención curativa en el momento que sea necesario, evitando así la morbilidad y el consumo de recursos de dichos ttºs en un período de la enfermedad en el que no son necesarios. En este contexto, resulta fundamental garantizar a los pacientes un seguimiento óptimo para ofrecer una elevada seguridad clínica basada en la identificación de candidatos a ttº activo de forma precoz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto se dirige a varones con esperanza de vida estimada > a 10 años y diagnosticados mediante biopsia de próstata de un adenocarcinoma de próstata con características de tumor de muy bajo o bajo riesgo (Estadio T1, Gleason = 6, Nº cilindros afectados = 2, afectación de cada cilindro = 50% o = 3 mm, PSA < 10, PSA densidad < 0,15 ng/ml/cc y ausencia de invasión perineural). Podrían considerarse candidatos de forma individualizada y consensuando la decisión con el resto del servicio, a pacientes con características diferentes a las anteriores, esto es a pacientes con bajo riesgo (Gleason 6 y PSA <10 con 3 o más cilindros afectos o T2a o afectación mayor del 50% de un cilindro) o pacientes con Gleason 3+4 con patrón de 4 inferior a 10%. El objetivo primario es optimizar los recursos disponibles en nuestro centro sin merma en la seguridad clínica de los pacientes incluidos en esta opción de tratamiento. Como objetivos secundarios, hemos considerado establecer un calendario de seguimiento que garantice el objetivo primario, reducir el número de pacientes que se reclasifican a lo largo del seguimiento, aumentar el rendimiento de las biopsias basándonos en los hallazgos de una resonancia magnética previa, aumentar la satisfacción de los pacientes y reducir la ansiedad y la tasa de abandono a consecuencia de presentar un tumor y no ser tratado activamente si no se requiere, realizar un protocolo con formato y contenido adecuado a nuestro sector que se actualice anualmente y sea ratificado por el comité de tumores urológicos del sector Huesca-Barbastro, realizar el seguimiento de estos pacientes en una consulta específica de cáncer de próstata y colaborar con profesionales de otras especialidades (marcaje de lesiones en imágenes de resonancia).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se han identificado puntos a mejorar del protocolo actual en base a la última evidencia científica y recursos disponibles. Basándonos en el mismo, se elaborará un borrador que se consensará con todos los miembros del servicio. Posteriormente se elaborará un 2º borrador que se presentará en el comité de tumores urológicos de Huesca-Barbastro. Por último, dicho protocolo será enviado a la UCA del sector y, si cumple los requisitos y se considera adecuado, que sea incluido en nuestro apartado de procedimientos en la intranet del sector. En cuanto a recursos necesarios, únicamente se precisa una sala de reuniones, la colaboración del personal encargado de la atención a este tipo de pacientes en cualquiera de las fases (diagnóstico, seguimiento, realización de biopsia etc.), el uso de RM multiparamétrica y de biomarcadores que hayan demostrado utilidad clínica en este contexto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Cumplimiento de protocolo de seguimiento. EXPLICACIÓN 1: Pacientes que cumplen el protocolo/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 1: > 90%
2. Abandonos voluntarios. EXPLICACIÓN 2: Abandono de protocolo de forma voluntaria/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 2: < 20%
3. Reclasificación de grupo de riesgo durante el seguimiento. EXPLICACIÓN 3: Pacientes reclasificados/Pacientes incluidos en el protocolo. ESTÁNDAR 3: < 20%
4. Tasa de abandono. EXPLICACIÓN 4: Pacientes que abandonan voluntariamente el protocolo/total de pacientes que inician el mismo. ESTÁNDAR 4: < 20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril 2019: Analizar situación actual. Elaboración de borrador con consenso del servicio y presentación en comité de tumores.
Abril-Mayo 2019: Establecer las vías de contacto y colaboración con otros servicios necesarias para garantizar la implantación de forma eficaz del mismo. Elaboración de protocolo adecuado en contenido y formato a los requisitos de la unidad de calidad del sector Huesca y envío del mismo para su aprobación y publicación.
Junio 2019 - Enero 2020: Inclusión de pacientes.

Proyecto: 2019_1485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA (CP) DE BAJO/MUY BAJO RIESGO (EBR)

Febrero 2020: Análisis de resultados, identificación de áreas de mejora, satisfacción de pacientes y profesionales, actualización del protocolo en caso de que exista nueva evidencia. Elaboración de memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

A los recursos de los que ya disponemos, solo sería recomendable añadir un nuevo ecógrafo con capacidad de fusión con la imagen de la RMN y posibilidad de incorporar nuevos marcadores analíticos o recursos en el futuro.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA FERRANDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO CORTES LORETO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· MENDOZA MURO GEMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· SANZ PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· FERNANDEZ LOBATO RUTH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· PILARCES VIRGILI SALOME. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· NOVELLA MARTIN PILAR. TCAE. H SAN JORGE. UROLOGIA
· DUQUE MAVILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los cuidados de enfermería en las plantas de hospitalización implican desplazamientos continuos para poder abordar los cuidados con calidad.
Actualmente los carros de trabajo no siguen un criterio de disposición y reposición, con lo que los desplazamientos en busca de material ausente en ellos por el espacio de trabajo son constantes y continuos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Unificar el material de los carros de trabajo de enfermería.
- Instaurar el hábito de revisiones y reposiciones por turno de los carros y revisión a fondo en el turno de noches. La reposición la realizarán los TCAEs.
- Optimizar los tiempos de desplazamientos durante el turno de trabajo de enfermería.
- Identificación de los carros y distribución de los materiales por especialidades.
- Aumentar el grado de satisfacción del equipo de enfermería (DUE y TCAE).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 3 reuniones de equipo (una por trimestre) donde se trabajarán los siguientes puntos:
Selección de material a colocar y diseño de la organización de los carros de trabajo haciendo participes a las TCAE para su posterior reposición.
- Elaboración de un listado de material ordenado por cajones.
- Confección de una encuesta para valorar grado de satisfacción de DUES y TCAEs donde se reflejen posibles mejoras futuras.
- Cumplimentación de la encuesta confeccionada tras un mes de funcionamiento de los nuevos carros. La cumplimentara un 75% del equipo de enfermería (DUES y TCAEs).
- Cortes mensuales para valorar si los carros están correctamente repuestos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cumplimentación de la encuesta confeccionada. Un 75% DUES y un 75% TCAEs.
Grado de satisfacción del equipo reflejado en la encuesta confeccionada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Ordenación y confección de los carros y elaboración del listado de material: mes de abril.
Confección de la encuesta de grado de satisfacción del personal: mayo 2019.
Cumplimentación de la encuesta por parte del equipo de enfermería durante el último trimestre del año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0649 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BIBLIOTERAPIA COMO COMPLEMENTO TERAPEUTICO EN LA USM DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE TERESA MORA PARDINA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro USM BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUERZA PUY ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM BARBASTRO. PSICOLOGIA CLINICA
· SIERRA CALLAU MODESTO. INFORMatico/A. H BARBASTRO. INFORMatica
· MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. USM BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· CERECEDA SATUE MARIA. PSIQUIATRA. USM BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. TRABAJO SOCIAL
· VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

INTRODUCCIÓN

El concepto de biblioterapia se ha ido desarrollando con el tiempo, ya en la Edad Media y en el antiguo Egipto se utilizaba como remedio para curar enfermedades. Su definición sería: "el arte de curar enfermedades por medio de la lectura". Durante la Segunda Guerra Mundial, en 1930 se aplicó este tipo de terapia en los soldados heridos con largos procesos de curación. Se constató como un recurso terapéutico muy beneficioso en momentos de extrema

tristeza, dolor, soledad, ...
El Dr. Ochoa Vázquez (1996) afirma, por experiencia personal que "el objetivo primordial de la lectura y su efecto terapéutico es transformar situaciones conflictivas, elevar la autoestima, transmitir valores respeto por otros y por sí mismo, solidaridad, tolerancia, estimular la elaboración de proyectos desarrollando la creatividad". Y nosotros añadiríamos el propio disfrute del momento de la lectura como recurso terapéutico de bienestar personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde este proyecto de calidad, planteamos la biblioterapia como un proceso de desarrollo personal y también en casos de trastornos leves mentales, como un proceso clínico que complementa las consultas realizadas de los servicios de la USM.

Por otro lado, también se animará a la lectura como recursos de ocio y tiempo libre en pacientes que habitualmente no suelen leer.

Objetivos generales:

- Animar a la lectura en papel, bastante sustituida por la tecnología
- Aumentar el número de libros leídos al año en pacientes de la USM poco lectores
- Responsabilidad de devolución
- (Asertividad) Hacer un comentario sobre el libro (voluntario)

Objetivos específicos

- utilización de la biblioterapia como complemento terapéutico de las consultas de la USM. Desde hace unos años, tenemos gran presión asistencial y en muchas ocasiones nos vemos obligados a distanciar las consultas. Por la experiencia personal sabemos que si el paciente "refuerza" la entrevista verbal psicológica con una buena lectura le ayudará a disponer de herramientas terapéuticas cuando quiere resolver conflictos de la vida diaria. Si el especialista de la Unidad lo ve conveniente, se le recomendará al paciente 1 o 2 libros relacionados con el trastorno psicológico que quiera mejorar. Habrá libros de autoayuda relacionados con problemas de ansiedad, depresión, estrés, asertividad, educación, etc
- el segundo objetivo será potenciar de forma dirigida la lectura como pura afición, como recurso personal para su ocio y tiempo libre en pacientes que no han leído mucho.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

METODO

Para valorar si los objetivos generales y específicos se cumplen, realizaremos entre 20 y 30 encuestas en la sala de espera de nuestra USM.

- Realizaremos 4 o 5 preguntas sobre opinión en lectura, si creen que les puede resultar beneficioso como complemento de la consulta individual, etc
- Se montará una biblioteca en la sala polivalente de la USM del Hospital de Barbastro. Será una pequeña biblioteca. Se seleccionarán los libros, se clasificarán y se realizará inventario de los libros.

Se dividirá en 2 partes:

- Libros de autoayuda
- Libros de ficción (novela, ensayo, cultura, arte...)

Muchos de los libros se encuentran en la USM. Los profesionales de Salud Mental prestarán libros y habrá otros sanitarios que de forma voluntaria prestarán libros para nuestra biblioteca.

FORMA DE GESTIÓN

Funcionamiento similar a una pequeña biblioteca. Desde el servicio de informática/innovación nos prepararán un programa informático para la realización del inventario y entrada y salida de libros. Será la responsable de la recogida de libros la administración de la USM

Proyecto: 2019_0649 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BIBLIOTERAPIA COMO COMPLEMENTO TERAPEUTICO EN LA USM DE BARBASTRO

Se les dejará el libro (máximo 2) durante 3 semanas. Deberá devolverlo a la USM. Tendrá una fecha en el libro con fecha de salida y un espacio para anotar algún comentario sobre el libro (voluntario)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

RESULTADOS

Al final del proyecto, realizaremos unas 20 o 30 encuestas sobre la consecución de los objetivos generales y específicos que nos hemos planteado, así como el grado de satisfacción del proyecto.

- Tiempo concreto de lectura a la semana (0 a 2 horas; 2 a 4; 4 a 6; 6 a 8; 8 y más)
- Número de libros leídos por paciente en el año (0 a 2 libros; 2 a 4; 4 a 6; 6 a 8; 8 y más)
- Porcentaje de libros devueltos (se espera alcanzar al menos el 80%)
- Satisfacción de la actividad (objetivo superior al 70% de "alta satisfacción") como complemento terapéutico de las consultas de la USM
- Análisis subjetivo de los comentarios realizados acerca de los libros

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

DURACIÓN

La apertura de la biblioteca será los miércoles (en horario de 11 a 13 horas) y los viernes (11-13 h.) con asesoramiento directo del servicio de psicología. El proyecto durará 1 año.

Apertura de la biblioteca: Mayo 2019

Encuesta de satisfacción: Noviembre 2020

Enero 2020: análisis de resultados y definir nuevas acciones de mejora

9. RECURSOS NECESARIOS.

Necesitaremos 4 o 5 estanterías fuertes para colocar los libros ya clasificados en la sala polivalente de la USM.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0605 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

2. RESPONSABLE MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. USM BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· MEDRANO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· OLIVAN GARCES SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· POLO BLASCO MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. PSIQUIATRIA
· MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. USM BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cuando las personas enferman pasan a encontrarse en una situación de vulnerabilidad y fragilidad mayor en la que el riesgo de que su dignidad como persona se vea afectada también crece. El miedo, la incertidumbre, el desconociendo, el sufrimiento y el dolor que viven hace que en muchas ocasiones dejen su enfermedad en manos de profesionales a los que se les presupone una calidez, capacidad de escucha y empatía, que en muchas ocasiones no se da. Bien por cuestiones personales, por falta de preparación, por falta de tiempo debido a la importante carga asistencial, por muchas razones que a veces se escapan a nuestro control aun siendo conscientes de las consecuencias que tienen para los pacientes. Nos encontramos que, en muchas ocasiones, cuando un paciente ingresa en un hospital, se ve afectado su entorno, su intimidad, sus pertenencias, comparte espacio con desconocidos y también la información relativa a su proceso, puede llegar a identificarse como un número de habitación, por cuestiones de operatividad etc. En estas condiciones de despersonalización no podemos hablar de calidad asistencial y se hace imprescindible poner en el centro de nuestra atención la HUMANIZACIÓN. Como vemos el foco en la Humanización se hace necesario, y más aún, si tenemos en cuenta que son los propios pacientes los que lo demandan como tal. Así quedó reflejado en el Foro Aragonés de Pacientes en el que se reclamaba al Gobierno de Aragón y Plan de humanización de la asistencia sanitaria. Es cierto que a las barreras para la humanización son múltiples. Burocracia, tecnificación, carga asistencial, leguaje tecnificado, exceso de demanda y utilización de servicios sanitarios formación, falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales, la falta de coordinación entre servicios y profesionales, el aumento de las exigencias de los ciudadanos, etc. No obstante, hemos de tener presente que, a pesar de todas ellas, todos los profesionales somos responsables de crear un espacio humanizado, en el que paliemos el sufrimiento humano y generemos actitudes y conductas humanizantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- Analizar las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro.
- 2- Definir y catalogar las posibles " barreras"u "obstáculos (comunicación, empatía, cosificación..) con los que se han podido encontrar los pacientes a lo largo de su proceso asistencial que pudieran llevarles a la despersonalización y/o deshumanización de su proceso.
- 3- Elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria.
- 4- Identificar y conocer iniciativas de humanización de otras organizaciones sanitarias.
- 5- Elaborar una propuesta de humanización del proceso asistencial en unidades clínicas. tras el estudio de realidad y diagnóstico realizados.
- 6- Realización de análisis DAFO de la propuesta final.
- 7- Planificar y programar actividades para desarrollo de la propuesta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto lo vamos a llevar a cabo desde la Subcomisión de Comunicación dentro de la Comisión de Paliativos del Sector de Barbastro. Nos reuniremos a lo largo de este año con una frecuencia mínima bimensual para poner en común los aspectos que vayamos trabajando. Empezaremos por el objetivo de análisis de las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro que trabajaremos conjuntamente con el objetivo de integrarlas todas las componentes del grupo y poder definir los elementos despersonalizadores y deshumanizantes con más detalle. Para elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria nos planteamos hacer una revisión de planes de otras organizaciones sanitarias y llevar a cabo algún grupo focal con objeto de comprobar si son coincidentes o no los diferentes elementos de nuestro diagnóstico. Con el diagnóstico realizado y las propuestas recogidas de otras instituciones, elaboraremos la nuestra propia incluyendo en ella el análisis DAFO, con cuya identificación de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades nos podamos plantear actividades y propuestas de cara al desarrollo de nuestro proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

No procede indicadores por el tipo de planteamiento de proyecto puesto que no es medible.

Proyecto: 2019_0605 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019 a febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisa ningún recurso específico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente hospitalizado

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0955 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM MONZON
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. USM MONZON. PSIQUIATRIA
· CERECEDA SATUE MARIA. PSIQUIATRA. USM MONZON. PSIQUIATRIA
· MORA PARDINA TERESA. PSICOLOGO/A. USM MONZON. PSICOLOGIA CLINICA
· GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. USM MONZON. PSIQUIATRIA
· LAFUERZA PUY ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM MONZON. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de buena evolución y pronóstico de su enfermedad. Existe evidencia científica relativa que demuestra que la intervención familiar en personas con esquizofrenia reduce las recaídas; síntomas persistentes hay mejor cumplimiento del tratamiento, una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares y se reduce los niveles de emoción expresada dentro de las familias. Cuando el diagnóstico de una de estas enfermedades se produce tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock tanto en el paciente como en sus familiares influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar. A la hora de intervenir podremos identificar reacciones del tipo protector, rabia, duelo, culpa, miedo, aislamiento social, alta emoción expresada, etc. La afectación de la familia es importante y como parte del sistema del paciente se hace necesario trabajar con ellos.

Por cuestiones de tiempo y de eficiencia, nos planteamos trabajar a través de grupo con familias. En un principio se le dará enfoque de grupo de apoyo, entendiendo que pueden darse sesiones de grupo con un enfoque más psicoeducativo. Todo irá determinado por el contenido de las sesiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Crear espacio de encuentro entre los familiares de los pacientes y los profesionales.
2. Concienciar a las familias de su papel como agentes de cambio, rehabilitación y normalización de las personas con enfermedad mental, potenciando su implicación en el proceso terapéutico.
3. Contribuir a la comprensión de las familias de los aspectos relacionados con las enfermedades mentales.
4. Compartir vivencias y experiencias con otros familiares llegando a integrarlas como normales.
5. Favorecer la adquisición de estrategias de afrontamiento ante dificultades o dificultades en a relación con sus familiares enfermos.
6. Mejorar la comunicación y el clima intrafamiliar.
7. Generar apoyo emocional al favorecer la sensación de sentirse comprendido
8. Fomentar la expresión emocional y de sentimientos.
9. Establecer lazos y romper el aislamiento de las familias.
10. Proporcionar información adicional en relación a los diferentes servicios y recursos, en caso de ser necesario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Entenderemos como familiares a los padres, parejas, hijos y hermanos de los pacientes. Será un requisito fundamental que estén motivados para participar, con el objetivo de entender mejor a su familiar y poder ayudarle al mismo tiempo que lo estén para poderse ayudarse a sí mismos como cuidadores. Se preparará un folleto informativo sobre el grupo y se dejará en la sala de espera además de entregar a los familiares de los pacientes con TMG en las consultas. Mínimo serán necesarios 5 familiares para poder empezar a trabajar. Se planteará como un grupo abierto permitiendo que se vayan incorporando otros hasta llegar a un máximo de 10 familiares, momento el que se cerrará. Las sesiones se orientarán a tratar aspectos de interés de mayor relevancia como la sintomatología, la evolución, el diagnóstico y tratamiento, herramientas para el manejo eficaz del trastorno y de la convivencia, poniendo en común dificultades y soluciones encontradas en diferentes casos, al mismo tiempo que se dará la oportunidad de expresar libremente sus sentimientos y preocupaciones en relación a la enfermedad y la situación familiar. Estos grupos serán conducidos por la trabajadora social se fomentará la escucha empática y el apoyo mutua, haciendo incapié en reducir los sentimientos de culpabilidad que asumen muchos familiares. El encuentro con personas con vivencias similares que repercuten directamente en la sensación de encontrarse solos. En función del contenido abordado en cada sesión se contará con la colaboración de los diferentes profesionales de la USM: psiquiatra, psicóloga y enfermera. La frecuencia y duración de la sesión del grupo será los jueves cada quince días y de una duración estimada de hora y media. El lugar físico será la sala de reuniones de la USM de Barbastro, pudiendo solicitarse con antelación alguna de las Aulas del propio Hospital. En cada sesión se recogerá un Acta con los asistentes y temas tratados.

Proyecto: 2019_0955 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Al finalizar las sesiones se les entregará un cuestionario de evaluación para medir nivel de satisfacción y de utilidad de los contenidos tratados en cada sesión.

Por último, destacar que el objetivo final del grupo es que pueda llegar a funcionar como grupo de ayuda mutua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de familiares participantes en grupo: mínimo 7 familias participantes de un máximo de 10.
- Nivel de satisfacción de los participantes: media > o = a 3 sobre 5
- Nivel de utilidad : media >o = 3 sobre 5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- De marzo a mayo de 2019 elaboración de folleto y difusión del grupo.
- Previsión comienzo en mayo, aunque estará sujeto a variación según número de familias interesadas en ese momento.

Fechas: 16 mayo,13 junio, 10 julio,26 septiembre,10 octubre,7 noviembre, 5 diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala de reuniones

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO AL PROYECTO "COMEDORES ESCOLARES SOSTENIBLES EN EL MEDIO RURAL"

2. RESPONSABLE ISABEL MARIA ULLATE JIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS AINSA
- Localidad AINSA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARCAS LALIENA ALBA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
- BAGÜES CASAS SONIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras reunirnos con los promotores del proyecto "Comedores escolares sostenibles en el medio rural", que se está llevando a cabo en el Colegio Asunción Pañart de Ainsa, se ve la necesidad de poner en valor, promocionar y ayudar a llevar a cabo este proyecto, por su capacidad transformadora y su impacto en la salud, tanto individual como colectiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Apoyar la labor de los promotores, acompañar en sus actividades formativas y de concienciación. Y vertebrar nuevas redes de apoyo en su entorno.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones con los promotores del proyecto "Comedores escolares sostenibles en el medio rural" para valorar sus necesidades, y elaborar un calendario conjunto.
- Reuniones con el equipo docente y el equipo de cocina del colegio Asunción Pañart de Ainsa.
- Reuniones con el equipo docente y el equipo de cocina de los colegios de Boltaña y Tierrantona (posibles escuelas piloto).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realizar una valoración cualitativa del proceso participativo llevado a cabo en el colegio de Asunción Pañart de Ainsa
- Evaluar el grado de participación de las instituciones implicadas
- Evaluar el grado de satisfacción de los activos sociales
- Promover y evaluar el número de reuniones con las escuelas piloto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Marzo 2019

Calendario aún por determinar por los promotores de "Comedores escolares sostenibles en el medio rural"

Evaluación a fin de año: Reunión con los miembros del equipo y con los promotores del proyecto "Comedores escolares sostenibles en el medio rural"

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Material para sesiones clínicas
- Aparatos de medición del entorno
- Transporte

10. OBSERVACIONES.

En función de la demanda realizaremos un plan formativo abierto e intervenciones con las instituciones y con otros activos de la zona para fomentar el trabajo en red.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0284 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION Y VALORACION DEL PACIENTE DEPENDIENTE EN LA RESIDENCIA "LA SOLANA"

2. RESPONSABLE CARMEN PERA FERRAZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS AINSA
• Localidad AINSA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BORBON CAMPOS INES. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
• ZAPATERO ANA C. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
• THACO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
• MARIN CAMPODARVE ALFREDO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Revisando cuadro de mandos de acuerdos de gestión del Centro de salud de Ainsa, en el año 2018 se captaron el 17% de los dependientes estimados, analizando los usuarios de la Residencia de Ancianos "La Solana" en Ainsa, el 63,79 % están clasificados con un grado de dependencia de II y III y el 20,68% con un grado I, contrastando los datos, existen dependientes no captados, y en algunos casos el registro del seguimiento del programa 320, no está actualizado. La implantación de un circuito de acogida de los residentes a su ingreso y la revaloración de los residentes actuales, mejoraría la calidad asistencial de los usuarios y aumentaría los diagnósticos de dependientes o inmovilizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejora en la atención a los usuarios de la residencia "La Solana".
Aumento de la captación de pacientes dependientes.
Mejora del registro en OMI del seguimiento de dichos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión formativa con el equipo de enfermería del C. S. Ainsa para revisar el programa 320 (Inmovilizados/terminales/Dependientes) de la cartera de servicios, planes personales y correcto registro.
-Reunión con resto del equipo de atención primaria (médicos, auxiliares administrativos) para su implicación en el proyecto.
-Reunión con directora de la residencia para exponer el proyecto.
-Creación de un circuito de acogida para nuevos residentes. Serán citados con su médico y enfermera, los cuales adecuaran las historia clínica y valoraran dependencia.
-Citas en consulta de enfermería o visita a domicilio de los residentes actuales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Aumento de la captación de dependientes en cuadro de mandos.
INDICADOR 1: Numerador (SERV_326A_pob): Pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) o de inmovilizado (A28) y con una valoración Barthel (DGP 'DVFUNCIO') entre 1 y 90 y algún registro en el periodo de evaluación.
Denominador: Número de casos esperados calculado en función de la prevalencia estimada (34% de la población con 65 años o más).

Inclusión residentes en programa dependientes.

INDICADOR 2: Numerador: Usuarios de la Residencia "La Solana" incluidos en programa 320. Denominador: Número total de residentes.

Evaluación de los indicadores en junio 2019 y en enero 2020

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto Marzo 2019, finalización Enero 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales: audiovisuales para la sesión formativa de OMI.
Recursos humanos: miembros del equipo y dirección Residencia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Ancianos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

2. RESPONSABLE ALBA ARCAS LALIENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· BAGÜES CASAS SONIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dado el escaso conocimiento de la población en este aspecto y la importancia de formar a la gente sobre RCP en la zona y la creciente demanda que nos han hecho llegar desde centros e instituciones hemos creído pertinente realizar un proyecto, con el objetivo de formar al mayor número de gente posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Máxima difusión de la reanimación cardiopulmonar en el Sobrarbe.
-Iniciar con este proyecto un taller anual de RCP en el Colegio Asunción Pañart y añadirlo a la agenda comunitaria del centro.
-Intentar implantar cursos/talleres anualmente en diversas instituciones y centros de la zona.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se han concertado ya dos sesiones en el colegio Asunción Pañart de Ainsa y se ha hablado con otros colegios de la zona (Boltaña, Tierrantona, Broto) para la realización del taller.
Se plantea ofertarlo a la asociación de madres, padres y alumnos (AMPA) de los colegios antes citados, así como proponerlo también a cuidadores, profesores y trabajadores en general de los centros.
También hablaremos con la Residencia la Solana de Ainsa para ver si estarían interesados en el taller.
Por otro lado intentaremos ponernos en contacto también con sociedades deportivas de la zona que pudieran estar interesadas (Club de fútbol, atletismo....)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Realizaremos encuestas de satisfacción una vez acabadas las sesiones (en caso del colegio, a los profesores)
-Evaluaremos el grado de participación de las instituciones y centros.
-Evaluaremos el grado de satisfacción de los activos sociales
-Evaluaremos la promoción y difusión del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Por el momento hay dos sesiones (5 y 7 de Marzo) en el colegio Asunción Pañart de Ainsa.
El resto del calendario está aún por determinar, a la espera de confirmación por parte de algunos centros y a la espera de contactar con otros.
La evaluación se realizará a final de año, se realizará una reunión con el equipo para valorar el proyecto en sí y su introducción en la agenda comunitaria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales: ordenador, cañón para la proyección de un power point y maniquis de RCP (cedidos por Cruz Roja)
Transporte (para ir a buscar los maniquis a Graus) y el desplazamiento a los lugares donde se ejecutarán los talleres
Recursos humanos: Dos enfermeras de atención primaria del centro de Salud de Ainsa (una de ellas de enfermería comunitaria)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Compromiso vital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0868 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO METODO DE CAPTACION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE AINSA

2. RESPONSABLE ANA ZAPATERO CASEDAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON ESPUÑA MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· ULLATE JIMENEZ ISABEL MARIA. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO SERRANO IZARBE. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Vista la alta prevalencia y la baja captación de pacientes susceptibles a padecer enfermedades pulmonares (EPOC, asma..) en nuestra zona de salud, se ha visto la necesidad de implantar la espirometría como método de captación y diagnóstico, aprovechando también que en este momento se cuenta con un espirometro y una consulta dos días a la semana (Lunes y Miercoles de 12 a 15h) para su realización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- El objetivo principal del proyecto es aumentar los datos de la prevalencia y el control de pacientes con problemas respiratorios o susceptibles a padecerlos.
-La población diana, serían pacientes de ambos sexos, de entre 25 a 79 años, que padezcan o que hayan cursado con algun proceso respiratorio de repetición, fumadores, asmáticos, alérgicos...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La principal actividad que se va a llevar a cabo en este proyecto es la realización de espirometrías, para ello hay que realizar una serie de intervenciones y actividades previas:
- Información al equipo de atención primaria de la realización del proyecto.
- Captación de los pacientes en las consultas de AP
- Creación y afianzamiento de la consulta específica de espirometrías
- Difusión de documentación sobre la metodología, e información, a los pacientes sobre la preparación previa a la realización de la prueba.
- Recogida de datos del paciente (edad, peso, talla, fumador....)
- Registro de realización de las espirometrías
- Valoración de las espirometrías realizadas por su MAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Lo de que se pretende con este proyecto es:

1. Aumentar la filiación de pacientes con enfermedades respiratorias de la población de referencia, respecto al punto de partida.
2. Aumentar el número de espirometrías realizadas en la población diana.
3. N° de espirometrías realizadas/n° de pacientes con criterios para realizarla x100

La medición de estos datos se llevarán a cabo con las historias del OMI, los listados elaborados y los registros de la consulta de espirometría

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este proyecto se está llevando a cabo ya en este momento; desde su implantación (Nov/Dic 2018) hasta su evaluación en Noviembre/Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos humanos: Enfermería para la realización de las espirometrías (en este momento se hace cargo la enfermera de salud comunitaria) y tanto EAP como MAP para la captación de los pacientes.

Recursos materiales: Espirómetro, ordenador, programa de espirometrías, boquillas para el espirómetro, ventolín y cámaras de inhalación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0868 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO METODO DE CAPTACION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE AINSA

Proyecto: 2019_1446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL CS AINSA

2. RESPONSABLE ASUNCION CASTILLON ESPUÑA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS AINSA
- Localidad AINSA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ULLATE JIMENEZ ISABEL MARIA. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La teledermatología presenta muchos beneficios para el sistema sanitario y para el paciente. Sobre todo en centros de salud rurales alejados de centros de especialidades, como es el CS de Ainsa.

Contribuye a optimizar las consultas de dermatología, disminuye las listas de espera y acorta los periodos diagnosticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir las consultas físicas con dermatología, elegir mejor las prioridades en consulta. Ahorrar tiempo/dinero y esfuerzo de los pacientes y sus familiares, evitando traslados a centros de especialidades.

Se beneficiaría toda la población, principalmente los más mayores, a los que les supone más esfuerzo ir hasta el hospital.

coordinar esfuerzos con dermatología, mejorar la interacción con esta especialidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizaríamos una sesión clínica, de equipo, para planificar la estrategia.

Y otra sesión de puesta en marcha del programa.

Apertura de una consulta de teledermatología para la toma y envío de imágenes. Y para la recepción de respuestas de dermatología.

Se precisa de un ordenador disponible con el programa adecuado (ya contamos con ello) y una cámara de toma de imágenes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Numero de consultas realizadas

satisfacción de los usuarios y profesionales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La planificación comenzaría en mayo, la puesta en marcha dependería de la disposición de una cámara. En enero realizaría una evaluación y cierre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador y cámara.

consulta específica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0182 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

2. RESPONSABLE CARLOS PARDO VAQUERO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALBALATE DE CINCA
- Localidad ALBALATE DE CINCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARCEN BENEDICO TATIANA. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LOPEZ ESPOLIO MARTA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- ARNAL CALVO BLANCA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MORERA TARDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- PORQUET GRACIA HELGA MARIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA FERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido al envejecimiento de la población en la zona, ha habido un aumento de casos de demencia que requieren cuidados y educación sanitaria para los cuidadores habituales

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad vida de estos pacientes y de los cuidadores.

Esta formación esta orientada hacia los cuidadores de las residencias y cuidadores en general de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión formativa de 1 hora de duración donde se expondrá con soporte informático, el material a impartir
Se realizará en un espacio público facilitado por el ayuntamiento del pueblo en cuestión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizaremos entrevistas individualizadas a los cuidadores para valorar las necesidades individuales y grupales que presenta este grupo de población.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizaran los lunes de Mayo varias sesiones dependiendo de la acogida que tenga en los diferentes núcleos de población.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Necesitaremos un ordenador portátil, un proyector, una pantalla para la proyección, así como la asistencia de la población.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

2. RESPONSABLE TATIANA MARCEN BENEDICO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALBALATE DE CINCA
- Localidad ALBALATE DE CINCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARDO VAQUERO CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA
- LOPEZ ESPOLIO MARTA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- ARNAL CALVO BLANCA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA
- MORERA TARDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- PORQUET GRACIA HELGA MARIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA FERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido al envejecimiento de la población, esta aumentando el numero de pacientes encamados que requieren cuidados especiales, por lo que creemos es necesario impartir esta sesión grupal

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad de los cuidados a este tipo de pacientes y prevenir las complicaciones derivadas del encamamiento
Aumentar los conocimientos de los cuidadores sobre la movilización de pacientes e higiene postural.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión formativa de 1 hora de duración con ejercicios prácticos de movilización del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una entrevista individualizada a la población participante para valorar sus conocimientos
Se realizarán también una parte práctica sobre movilización de pacientes y de cuidados generales de la piel

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La sesión tendrá una duración de 1 hora a impartir en mayo, el número de sesiones dependerá de la acogida por parte de la población.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesario un ordenador portatil, un cañón reproductor, una pantalla, una cama o unas colchonetas y un espacio público cedido por el ayuntamiento correspondiente

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. alteración de la integridad cutánea
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOPORTE VITAL CON DEA PARA POBLACION NO SANITARIA

2. RESPONSABLE JESUS JAVIER AGUAVIVA BASCUÑANA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALBALATE DE CINCA
- Localidad ALBALATE DE CINCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- MORERA TARDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- BENEDICO MARCEN TATIANA. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ ESPOLIO MARTA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- PARDO VAQUERO CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EL AYUNTAMIENTO DE LA LOCALIDAD HA ADQUIRIDO UN DEA, QUE SE UBICARÁ EN LUGAR PÚBLICO, PABELLÓN Y PISCINAS, DONDE SE REALIZAN DIFERENTES EVENTOS, CELEBRACIONES, REUNIONES Y CONGREGACIONES. SU USO CORRECTO IMPLICA ADECUADOS CONOCIMIENTOS EN MATERIA DE SOPORTE VITAL, QUE COMO NORMA GENERAL, LA POBLACIÓN NO TIENE. POR ELLO PLANTEAMOS REALIZAR CURSOS BÁSICOS, DE NO MÁS DE 4 HORAS, DURANTE 4 MESES, CON UNA FRECUENCIA SEMANAL, DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN EN GENERAL, Y APLICANDO LOS ALGORITMOS VIGENTES EN LA ACTUALIDAD DE LA ERC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

DOTAR A LA POBLACIÓN NO SANITARIA DE ALBALATE DE CINCA DE LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA SABER REALIZAR UNAS MANIOBRAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO, CON USO DEL DEA, HASTA LA LLEGADA DE UN EQUIPO DE SOPORTE VITAL AVANZADO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

CURSOS BÁSICOS, DE NO MÁS DE 4 HORAS, DURANTE 4 MESES, CON UNA FRECUENCIA SEMANAL, DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN EN GENERAL, Y APLICANDO LOS ALGORITMOS VIGENTES EN LA ACTUALIDAD DE LA ERC. SE DESARROLLARÁN EN EL SALÓN DEL AYUNTAMIENTO, CON SOPORTE AUDIOVISUAL, MUÑECO DE RCP Y DEA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

TEST INICIAL, TEST FINAL, 10 PREGUNTAS, 4 OPCIONES, SÓLO 1 ES LA CORRECTA, SOBRE EL DESARROLLO DE LA TEMÁTICA. UNA NOTA IGUAL O SUPERIOR A 8 EN EL TEST FINAL SE CONSIDERA OBJETIVO CUMPLIDO. A NIVEL PRÁCTICO. SE PROPONE EL CASO CLÍNICO. SI EN MENOS DE 2 MINUTOS SE DESARROLLA EL ALGORITMO DE FORMA CORRECTA, SE CONSIDERA OBJETIVO CUMPLIDO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

15 DE MARZO A 30 DE JUNIO DE 2019.
GRUPOS DE 8 PERSONAS, DURACIÓN DEL CURSO 4 HORAS, FRECUENCIA CADA 10 DÍAS. REVISIÓN DEL MARCO TEÓRICO 1 H, PRÁCTICAS 3 HORAS. SIMULADOR CON MUÑECO Y DEA. CASOS PRÁCTICOS QUE LOS ALUMNOS EN GRUPOS DE 3 DEBERÁN RESOLVER.

9. RECURSOS NECESARIOS.

ORDENADOR-CAÑÓN. DEA. MUÑECO DE RCP. GASAS. ALCOHOL. GUANTES.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

2. RESPONSABLE SILVIA SORINAS FORNIES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Todas las historias de los éxitus están repartidas por los Consultorios Locales, los cuales no disponen de mucho espacio para ello y provoca dispersión de estas historias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Tener centralizadas y ordenadas todas las historias clínicas de los éxitus, debidamente ordenadas, en el Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Contactar con todos los consultorios locales para que nos traigan sus historias.
- Adaptar unos archivadores que actualmente están fuera de uso para que contengan dichas historias.
- Ordenar alfabéticamente dichas historias y proceder a su archivo y custodia en el Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Comprobar que todos los Consultorios han traído sus historias y están debidamente ubicadas en el Centro de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Indefinido. En un principio nos traerán todas las historias de fallecidos que tengan y posteriormente irán trayendo las de los pacientes que vayan falleciendo. La próxima semana solicitaré que me traigan las historias de un consultorio, y cuando acabe de acomodarlas aquí debidamente ordenadas, lo haré con otro consultorio y así sucesivamente hasta completarlos todos. Este tema fué ya comentado en una reunión del EAP y todos estuvieron de acuerdo en su necesidad. La responsable de la implantación seré yo, como Auxiliar Administrativa del Centro de Salud de Albalate de Cinca.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno. Ya disponemos de archivadores suficientes para ello. En caso de que en un futuro se nos queden pequeños, deberíamos solicitar alguno en el Plan de Necesidades Anual.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HISTORIAS DE EXITUS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0367 (Acuerdos de Gestión)

NOCIONES BASICAS DE PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE 5º Y 6º DE PRIMARIA

2. RESPONSABLE BLANCA ARNAL CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO VAQUERO CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARCEN BENEDICO TATIANA. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA FERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FERRAZ BURGUETE ALEGRIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· PALACIN ELTORO BEATRIZ MARIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· SORINAS FORNIES SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBALATE DE CINCA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En consenso con los colegios de la zona se detecta escaso conocimiento de primeros auxilios en niños escolarizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar los conocimientos de primeros auxilios y capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia en niños de 5º y 6º de primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Educación grupal a niños de 5º y 6º de primaria en sesión formativa en los colegios públicos de la zona. Una sesión teórico práctica en cada colegio de 1 hora de duración .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración por medio de preguntas alzadas al finalizar la sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciarán las sesiones en el mes de mayo. Se concretará día y hora con los colegios.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Se necesitará de un ordenador portatil, un cañón reproductor, una pantalla de proyección y material fungible.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación sanitaria
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0894 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

2. RESPONSABLE FERNANDO MARTI JARNE
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FERNANDEZ SANCHEZ RUT. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
• BLASCO PEREZ NURIA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
• FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA. FISIOTERAPEUTA. CS GRAUS. FISIOTERAPIA EN AP
• BUISAN ESPIAS ROCIO. FISIOTERAPEUTA. CS MONZON URBANO. FISIOTERAPIA EN AP
• NAGER OBON VANESA. FISIOTERAPEUTA. CS BINEFAR. FISIOTERAPIA EN AP
• CORONAS TURMO SARA. FISIOTERAPEUTA. CS BINEFAR. FISIOTERAPIA EN AP
• MONFORT FERRIS SUSANA. FISIOTERAPEUTA. CS BARBASTRO. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los esguinces de tobillo se constituyen en una de las patologías más frecuentes de todo el sistema musculoesquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día. Es la lesión de extremidad inferior que con más frecuencia se atiende en urgencias y en atención primaria.

De forma clásica los esguinces de tobillo se clasifican en leves, moderados y graves (grados I, II y III). El mecanismo fisiopatológico es la inversión forzada del tobillo, un mecanismo combinado de flexión y supinación del pie. El 85% de los esguinces afectan al ligamento lateral externo (LLE), lesionándose fundamentalmente el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), y hasta el 44% de los lesionados presentan algún tipo de secuelas un año después (dolor, inestabilidad mecánica o inestabilidad funcional). El ligamento colateral medial o deltoideo se lesiona en un 5% de los casos, siendo una lesión poco frecuente y más grave con un mecanismo de lesión en eversión y rotación externa forzada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir el dolor asociado a a este tipo de lesiones ligamentosas.
Disminuir los días de incapacidad al evitar la inmovilización completa.
Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articulación.

Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas. Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas. Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)

Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.

Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.

Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias. La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).

Se registrarán los ítems a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero total de pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo grado I y grado II derivados desde su médico de familia a las Unidades de fisioterapia de AP.
- Porcentaje de pacientes que en menos de tres semanas logran recuperación funcional.
- Porcentaje de pacientes que no toleran tratamiento conservador con vendaje funcional respecto al numero total de pacientes con esguince de tobillo tratados en las Unidades de Fisioterapia mediante vendaje funcional.
- Cuestionario o escala de satisfacción al usuario o paciente tratado por esguince de tobillo expresado en porcentajes.
- Escala Visual Analogica del dolor (EVA) para la clasificación del dolor en leve, moderado o severo antes y después de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma de actividades

Abril de 2019

Comunicación con el personal sanitario del Servicio de Urgencias del hospital sobre la iniciativa de mejora

Proyecto: 2019_0894 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

planteada.
Unificación de criterios y normalización del procedimiento de ejecución del vendaje entre los fisioterapeutas que van a aplicarlo.
Mayo de 2019
Realización de protocolo.
Reunión con los otros componentes del equipo y revisión del protocolo para la unificación de criterios entre los diversos profesionales del equipo.
Junio de 2019
Difusión e implementación en mediante una sesión de formación al resto del EAP. y al personal del hospital mediante sesiones clínicas.
Realización de hoja de excel para el registro de los datos necesarios.
Realización del cuestionario de satisfacción que se enviará por correo electrónico a los pacientes incluidos en el proyecto.
Septiembre de 2019
Puesta en marcha del programa.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Material necesario para la confección del vendaje funcional.
Reuniones con las partes implicadas para dar a conocer el programa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNIFICACION EN LAS RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y ELABORACION DE UNA HOJA INFORMATIVA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS

2. RESPONSABLE ANA MARIA ABIZANDA GUILLEN

- Profesión PEDIATRA
- Centro CS BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD VICENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- SAGARRA NOVELLON DIANA. PEDIATRA. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BLECUA PORTA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- CONDE BARREIRO SANTIAGO. PEDIATRA. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BIBIAN SAN MARTIN ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alimentación complementaria comprende un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento diferente de la leche materna o maternizada, dado de forma rutinaria, y termina cuando el niño recibe una alimentación similar a la del resto de la familia. Este periodo es una ventana crítica en el que se establecerán unos hábitos nutricionales que no sólo permitirán un crecimiento y desarrollo óptimos de la persona, sino también la prevención de problemas de salud a corto, medio y largo plazo como es la obesidad. Para las familias, la introducción de nuevos alimentos al bebé supone un reto y en la mayoría genera muchas dudas (qué, cómo y cuándo) y preocupación que se traducen en demanda de información en los controles de salud y reconsultas en atención primaria. Durante décadas, se han hecho recomendaciones tradicionales sin un fundamento científico y en los últimos años estas pautas han cambiado numerosas veces, siendo notable la disparidad en los consejos recibidos de una generación a otra y en el consejo que damos los propios profesionales de la salud.

Consideramos la pertinencia en la actualización y unificación de las recomendaciones sobre alimentación complementaria y la elaboración de una hoja informativa que entregar a los padres previa al inicio del periodo de introducción de nuevos alimentos con el fin de disminuir la variabilidad en el consejo que se da y contribuir a minimizar las dudas que puedan generarse .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Actualización en las recomendaciones que los profesionales de la salud del centro de salud de pediatría Barbastro damos a las familias sobre alimentación complementaria, basadas en la mejor evidencia científica
- Unificación de dichas recomendaciones por parte de pediatras y enfermeras de pediatría.
- Elaboración de una hoja informativa sobre la alimentación complementaria y durante el primer año de vida del bebé, y que guiará por etapas la introducción de alimentos, forma de preparación y presentación (triturado, baby-led-weaning), así como evitar alimentos no recomendados a esta edad.
- Fomentar la alimentación con lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida.
- Dar a conocer recursos en internet fiables para todas aquellas familias que deseen tener acceso a más información.
- Mejorar la alimentación del lactante en el primer año de vida, dar pautas para conseguir una adecuada alimentación durante toda la infancia.
- Población diana: niños lactantes y sus familias.
- Intervención: En el control de salud que se realiza a los 4 meses de edad, las familias del lactante recibirán consejo e información por escrito sobre alimentación complementaria que se inicia en torno a los 6 meses de edad (siempre personalizada atendiendo a factores sociales y culturales).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas son una primera reunión para el reparto de tareas y recabar información, iniciar búsqueda bibliográfica y últimas actualizaciones basadas en la mejor evidencia científica.

Una segunda reunión para la puesta en común y directrices para elaborar la hoja informativa.

Realización de la hoja informativa, revisión y consenso.

Recursos materiales: fotocopias de la hoja de alimentación elaborada. No se prevén más recursos.

La puesta en marcha consistirá en el reparto de hojas para cada consulta de enfermera y pediatra del centro de salud de pediatría de Barbastro y la entrega de la misma a todas las familias de los lactantes que acudan al control de salud del 4º mes, que es el previo al inicio de la introducción de la alimentación complementaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración de la hoja informativa.
- Implicación de todos los profesionales que participan en los controles de salud del lactante (100%).
- Registro y entrega de la hoja a todas las familias que acudan con su bebé a la revisión del 4º mes (100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión bibliográfica: marzo 2019.

Puesta en común y unificación : abril 2019.

Elaboración de la hoja informativa : mayo 2019.

Puesta en marcha, entrega a las familias: a partir de mayo- junio 2019.

Evaluación final: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos y tiempo, ordenador, folios e impresora

Proyecto: 2019_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNIFICACION EN LAS RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y ELABORACION DE UNA HOJA INFORMATIVA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención al niño sano, prevención primaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0940 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD COMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO "DOCTUBERS"

2. RESPONSABLE IGNACIO LATORRE AGUILAR

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS BENABARRE
- Localidad BENABARRE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA IBAÑEZ ANA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- CODINA MARCET MIREYA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- NICOLAS ALBA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Integrado en el marco del proyecto de desarrollo de capacidades del alumnado del CRA Ribagorza Oriental de Benabarre, nace esta propuesta de actividades de formación activa, ya que desde el punto de vista del profesional sanitario del C S Benabarre, existe una necesidad de formación y correcto manejo de las diferentes situaciones tanto de urgencia para la salud como de emergencia vital de todos los individuos, incluyéndolo en el marco de la educación para la salud comunitaria realizada en el centro educativo, además de promover la sensibilización hacia la prevención y promoción de la salud en la población infanto-juvenil.

Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarlo. Es habitual las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere. Destacamos la necesidad de una correcta atención precoz y activación de alerta sanitaria ante un evento de riesgo vital de cualquier individuo en la vida cotidiana y/o laboral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.- Reconocer las diferentes situaciones de riesgo para la salud y/o emergencia
- 2.- Conocer la cadena de supervivencia.
- 3.- Aprender los primeros auxilios, las complicaciones y acciones que no deben realizarse.
- 4.- Aprender las principales maniobras de Soporte Vital Básico, (valorar signos de vida, RCP, maniobra frente-mentón...) hasta la llegada de atención profesional.
- 5.- Conocer y manejar (grupo de 10 a 12 años) el equipo DEA-DESA. hasta la llegada de atención profesional.
- 6.- Conocer y realizar las maniobras de atención precoz para desobstrucción de vía aérea ante OVACE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

7 talleres de dos horas de duración c/u. Formación de la materia con apoyo de material didáctico audiovisual (power point) y material de formación, y "formación activa", en la que el alumnado se someterá a la realización de las actividades previstas en cada sesión a través de role playing-caso siempre supervisado por el profesional sanitario y apoyo del profesorado asignado a la tarea. (metodología CBL: Challenge Based Learning)

Al final de cada taller, dos alumnos de cada grupo serán los "doctubers" en prácticas, Explicarán y dirigirán con técnica role playing-caso al resto de sus compañeros, y lo tendrán que resolver. Sera grabada en video en primera persona, tipo "youtuber".

En función de los grupos de edad, se trabajará unas actividades u otras, con material adaptado a cada una:

Grupo 1: (1º, 2º y 3º de primaria):

Prácticas con diversos materiales cotidianos, para conseguir teatralizar situaciones: quemaduras, golpes, picaduras, heridas...etc. Material botiquín (AMBOS GRUPOS)

Traerá cada niño un peluche o muñeco al taller para realizar las prácticas con el peluche.

Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS, respira o no, masaje cardíaco, maniobra de Heimlich, todo con el peluche.

Aprenderemos con canciones para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor.

Grupo 2: (4º, 5º y 6º de primaria):

112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP

Prácticas con maniqués del masaje cardíaco.

Prácticas con DESA de formación.

Prácticas de Posición Lateral de Seguridad y atragantamiento

Prueba teórica de conocimientos básicos, para evaluación teórica, tipo test con app "plickers"

Al final de los talleres de formación, los alumnos deberán realizar una macro-sesión final, donde deberán formar al resto de alumnado, con maniqués y muñecos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de, al menos, 7 talleres.

Nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) que asisten a la formación/ nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) x 100 = > 20 %

Pre-test y post-test para evaluar los conocimientos teóricos adquiridos por los alumnos. Mejora media de resultados en un 20%.

Evaluación práctica mediante checklist tras la visualización de los videos de "doctubers". Los alumnos alcanzarán una nota media de 6/10.

Encuesta final de satisfacción global con la actividad. La satisfacción global será moderada-alta / alta.

Proyecto: 2019_0940 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD COMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO "DOCTUBERS"

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1-15 Marzo: elaboración de los test, checklist, encuesta satisfacción y programación de videos.

7 talleres de dos horas de duración c/u, uno por semana.

Inicio de los talleres, jueves 14 de marzo de 2019,.

Fecha prevista de final : jueves 30 de mayo de 2019 .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Maniquies RCP, DESA (material a solicitar a la unidad docente).

Ropa de sanitario,, tarjetas identificativas personalizadas.

Muñecos o peluches para los talleres. (alumnos grupo 1).

10. OBSERVACIONES.

Plantear la realización anual o bianual de similares talleres en la población infanto-juvenil, con la correspondiente evaluación previa y post de los conocimientos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Niños

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Primeros auxilios básicos, actuaciones en urgencias y emergencias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BENABARRE
- Localidad BENABARRE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE AGUILAR IGNACIO. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- MUZAS BERGES MARIA PAZ. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- ALQUEZAR LABAD MARISA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
- CAZARRA HERNANDEZ SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BENABARRE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A solicitud del ayuntamiento de Benabarre se ha establecido el compromiso, mediante la firma de "carta de intenciones", por parte del EAP de Benabarre, de desarrollar a lo largo del año en curso, ciclo de charlas, conferencias en materia de salud comunitaria. Dichas sesiones, en numero no inferior a 4, podrán tener lugar en dependencias facilitadas por el propio ayuntamiento, en el propio centro de salud, en los colegios de la zona, en dependencias de la residencia de mayores...etc.

Es reconocida, por todos los actores implicados, la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos alimentarios, adicciones nocivas...etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proyecto dirigido a la población en general de nuestra zona con el objetivo de aumentar los conocimientos respecto a patologías de gran prevalencia, promover hábitos saludables en la población, instruir a cuidadores de personas con patologías crónicas, dependientes; difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios, educación a grupos de pacientes crónicos...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se establece la realización de un mínimo de 4 sesiones formativas, a desarrollar en los espacios ya mencionados, previa publicitación desde los ayuntamientos de la zona, desde el centro de salud y con comunicación al consejo de salud de zona.

Los locales habilitados al efecto dispondrán de equipos de proyección para presentaciones en PowerPoint.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero de asistentes a cada sesión.
- Realización de, al menos, 4 sesiones hasta fin de año.
- Encuestas de opinión con valoración de contenidos y del personal docente.
- Pre-test y post-test para valorar conocimientos al inicio y a la finalización de cada sesión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las sesiones se realizaran a lo largo del año en curso, en fechas por determinar, iniciándose a partir del mes de Abril y finalizando en Diciembre.

En próxima reunión ordinaria del consejo de salud, pendiente de realización en el mes de Abril, se pondrá en conocimiento de sus miembros y se acordara un calendario consensuado para el desarrollo del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Personal sanitario del centro de salud.
- Locales debidamente acondicionados .
- Material de proyección para presentaciones en PowerPoint.
- Publicitación de las sesiones por ayuntamientos y otras entidades, así como desde el consejo de salud.

10. OBSERVACIONES.

Resulta de interés plantear la realización anual de este tipo de ciclos formativos como complemento a la tarea que, de manera individualizada, realizamos a diario en nuestras consultas de AP.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Es reconocida por todos los actores implicados la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos alimentarios, adicciones nocivas...etc.

Proyecto: 2019_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0997 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN AP. CONSULTA MONOGRÁFICA DEL PIE DIABÉTICO

2. RESPONSABLE JOANA ALORDA COMAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERNA ESPOT JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR LABAD MARISA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· CODINA MARCET MIREYA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· NICOLAS ALBA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BENABARRE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es indiscutible la importante prevalencia de la Diabetes en la población a la que atendemos así como la enorme cantidad de recursos que esta patología consume, especialmente como consecuencia de las complicaciones derivadas de un control deficiente.

En este contexto, tras el consenso alcanzado en reunión de equipo, nuestro centro de salud ha decidido establecer una consulta monográfica del pie diabético estableciendo pautas de actuación comunes y sistematizadas con el objetivo de lograr mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos mediante revisiones periódicas e instrucción en el cuidado del pie, tanto a nuestros pacientes como al personal sanitario (sesiones clínicas formativas y de valoración del seguimiento del proyecto).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adiestrar al paciente en la detección precoz de los síntomas y signos de la enfermedad "Pie Diabético" para un pronto abordaje evitando complicaciones potencialmente graves. Evitar amputaciones. Se pretende consolidar en nuestro centro la consulta monográfica del "Pie Diabético".

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Establecimiento de agenda en OMI para consulta programada de Pie Diabético.
Determinación de un profesional médico y un profesional de enfermería responsables del proyecto y de la consulta, exentos, en horario de consulta de pie diabético, de otras actividades.
Todos los pacientes con episodio de DM abierto en OMI deberán ser citados en consulta para revisión de enfermería (inspección callosidades, calzado, uñas, edema, lesiones...) y valoración vascular y neurológica conjunta por medicina y enfermería (ITB, pulsos, sensibilidad, reflejos...).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación anual: Cumplimiento al 80% de los pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-PCE "Riesgo detección piel" (Pie Diabético) / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-Protocolo "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-CM DM.
-Control asistencia a sesiones clínicas programadas (actas sesión clínica).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Valoración anual del cumplimiento de indicadores.
El presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal del centro de salud (Médico y Enfermera responsables de la consulta monográfica, personal colaborador).
Despacho y sala de exploración en el centro de salud debidamente acondicionados.
Material de exploración del pie diabético adecuado (Camilla de exploración, Monofilamento, Tensiómetro, Martillo reflejos, Doppler, Diapasón, barra térmica...).

10. OBSERVACIONES.

Como ya se ha mencionado, el presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo, con carácter indefinido, mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0997 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN AP. CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABÉTICO

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LACAMBRA CLAVER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERNA ESPOT JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· MUZAS BERGES MARIA PAZ. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· ALORDA COMAS JOANA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA IBAÑEZ ANA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

-Maletines de urgencias, con material diverso, susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro. Necesidad detectada de talleres de refresco respecto al contenido, distribución, y manejo de dicho material en situación de atención a la urgencia fuera del centro de salud.
-El entorno en el que desarrollamos nuestra actividad asistencial (medio rural, de montaña, alta densidad de tráfico rodado...) supone, en ocasiones, difícil acceso al paciente accidentado. Esta situación implica la perfecta coordinación con los integrantes del servicio de Protección Civil, operantes en nuestra zona, y responsables de tareas de excarcelación, facilitación del acceso, salvamento, protección del escenario del siniestro...etc.
-Por otra parte se ha consensuado igualmente la necesidad de realización de sesiones clínicas de refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia "in situ" (Politraumatizado, Soporte vital básico y avanzado...)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Mantener maletines de urgencias y su contenido siempre en perfecto estado para su uso.
-Personal sanitario del centro de salud debidamente entrenado para el manejo de dichos maletines.
-Coordinación con los equipos de Protección Civil en la atención al accidentado sobre el terreno, conocer sus técnicas y material, practicas de aproximación al accidentado en lugares de difícil acceso...etc.
-Refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Revisión de maletines con periodicidad mensual (contenido establecido, caducidades, ubicación del material...) por responsable designado de acuerdo al PO establecido en nuestro centro de salud.
-Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.
-Realización de, al menos, una jornada-taller anual conjunta con el personal de Protección Civil operativo en nuestra zona de salud de Benabarre.
-Realización de, al menos, una sesión clínica semestral de refresco y actualización en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Valoración anual de hojas de registro de actividades, en relación a la revisión de maletines de urgencias, establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
-Evaluación Actas de las actividades prevista (Talleres, Sesiones, taller conjunto con PC) que deberán estar cumplimentadas al final del año, dando fe de su realización, en el número mínimo establecido para cada actividad en el presente proyecto.
-Hojas de registro de asistencia a los talleres de manejo de maletines cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro de salud cada año (entre todos talleres impartidos a lo largo del año).
-Hojas de registro de asistencia a las sesiones clínicas, en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria, cumplimentadas por el 100% del personal sanitario cada año (entre todas las sesiones impartidas a lo largo del año).
-Hoja de registro de asistencia a la jornada-taller anual, conjunta con protección civil, cumplimentada por, al menos, el 80% del personal sanitario.
-Grado de satisfacción del personal al inicio y al final de cada actividad mediante encuesta de satisfacción con escala del 1 al 10.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Fechas exactas de realización de actividades por determinar pero, en cualquier caso, ajustadas a lo descrito (semestral, anual).
-El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal del centro de salud. Maletines de urgencias. Sala de juntas del centro de salud con equipo de

Proyecto: 2019_1296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

proyección de presentaciones. Material para talleres de RCP. Personal, material e instalaciones del servicio de protección civil de la Ribagorza

10. OBSERVACIONES.

El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención a la urgencia fuera del centro de salud
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAPLAZA ARA SONIA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· SALAS MARIN PASCUAL. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dado que la HTA es un problema de salud de gran prevalencia y cuyo diagnóstico y control conlleva repercusiones en la vida del paciente, es obligado realizar un diagnóstico de certeza, incluyendo y controlando correctamente a los pacientes hipertensos y excluyendo del tratamiento a quien no le corresponde.

La tensión arterial es una variable sujeta a múltiples oscilaciones por muy diferentes causas. Es por ello que existen patrones de comportamiento diferentes. Esta técnica permite realizar múltiples medidas tensionales, mientras el paciente se encuentra realizando su actividad habitual, lo que supone una medida tensional adecuada a la realidad del paciente.

Consideramos que se trata de una técnica imprescindible para un correcto manejo de pacientes cuyo diagnóstico puede estar en duda o cuyo seguimiento puede ser tributario de un beneficio añadido. Disponiendo en el C. de Salud de un monitor MAPA, que ya se ha utilizado esporádicamente, nos proponemos incluirlo de manera programada en nuestra práctica clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Ofertar la exploración con MAPA a toda la población adulta que presente cifras tensionales que no concuerden con su situación clínica, estén o no diagnosticados de HTA, o se sospeche un mal control tensional con un tratamiento supuestamente correcto.
- Mejorar el correcto diagnóstico del paciente hipertenso.
- Corregir y ajustar el tratamiento de la hipertensión.
- Integrar progresivamente esta técnica MAPA en nuestra actividad clínica.
- Aumentar la capacidad de resolución desde la Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un Protocolo del Proyecto, en el que consten las indicaciones de MAPA y actividades a desarrollar, así como los responsables de las mismas. Incluirá hoja de registro de los datos a controlar y evaluar.
- Exposición del proyecto al Equipo para su debate y consenso.
- Sesión clínica formativa sobre MAPA: incluirá funcionamiento del aparato, instrucciones al paciente y el análisis de los resultados obtenidos.
- Agenda abierta para citación de MAPA.
- Ofertar la realización de la prueba a los pacientes seleccionados.
- Realización de MAPA a todos los pacientes captados que cumplan alguno de los siguientes criterios de indicación:
 - a.- Hipertensión Clínica Aislada (hipertensión de bata blanca). Diferente al efecto bata blanca que suele desaparecer con las sucesivas visitas.
 - b.- Hipertensión estadio 1 (TAS 140-159 y/o TAD 90-99) sin evidencia de afectación de órganos diana: nos daría el diagnóstico, nos ayudaría a iniciar tto farmacológico o esperar si no existen otros factores de riesgo.
 - c.- HTA límite con afectación de órganos diana.
 - d.- Valoración del perfil circadiano: detección de pacientes No Dipper, cuyo riesgo cardiovascular es mayor.
 - e.- Evaluación del Tratamiento en:
 - 1) Pacientes cuyas cifras de PA en consulta no concuerdan con la afectación de órganos diana a pesar de un correcto tratamiento.
 - 2) Casos de gran variabilidad durante el día o en diferentes días.
 - 3) Pacientes con Hipertensión Resistente o Refractaria.
 - 4) Evaluación del Índice valle/pico y del Índice de Homogeneidad.
 - f.- Hipotensión Transitoria: importante en diabéticos y ancianos.
 - g.- Hipertensión Paroxística

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Protocolo realizado en tiempo y forma.
- Número absoluto de MAPA realizadas en el año.
- Porcentaje de pacientes que cumplen criterios de inclusión.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de HTA con MAPA

Proyecto: 2019_0146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

- Porcentaje de pacientes con resultado negativo de HTA con MAPA
- Porcentaje de pacientes No Dipper hallados.
- Porcentaje de pacientes con indicación de MAPA para valoración del tratamiento.
- Porcentaje de pacientes con modificación del tratamiento tras la prueba.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primera quincena de Marzo de 2019: presentación del Proyecto al EAP y aprobación del mismo.

Segunda quincena de Marzo de 2019: Sesión clínica formativa sobre adiestramiento en el correcto manejo del equipo de MAPA e interpretación y análisis de los resultados.

Abril de 2019: Implantación del proyecto.

Desarrollo a lo largo de 2019.

Evaluación a finales del año 2019. Se incluirán también pacientes con la prueba realizada correctamente en los 3 meses previos al inicio del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo de MAPA

Profesionales del EAP

Baterías para el funcionamiento del equipo.

Proyector para las sesiones

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUEVARA LOPEZ TERESA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ ALMENARA VALENTIN. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA DINNIBIER AINA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GARCIA ROSA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· BARCO MARCELLAN SOFIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO MARTINEZ MARI PAZ. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad prematura en nuestro medio. Existe relacion entre la afectacion vascular carotidea y la afectacion de otros segmentos vasculares por lo que teniendo un abordaje sencillo sobre este territorio gracias a la Ecografia podemos diagnosticar en fases tempranas y de forma bastante aproximada la presencia de afectación en otros segmentos no tan abordables. La prevencion incide en que la disminucion de la enfermedad cardiovascular, reduce los eventos y por tanto las complicaciones y mortalidad bajando los costes derivados de estas y disminuyendo la perdida de productividad laboral. Diferentes estudios demuestran que tratar los factores de riesgo cardiovascular reduce en un 50% la enfermedad coronaria entre otras afectaciones. Hasta la fecha no se realiza esta prueba en Atención Primaria, por lo que se prodria mejorar la accesibilidad y realizacion gracias a la presencia de Ecografos en dichos centros intentandose detectar pacientes no diagnosticados de patologia en este territorio vascular antes de que pueda producir complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Deteccion de patologia incipiente en el territorio carotideo de cara a prevenir lesiones secundarias derivadas en pacientes que presentan enfermedades de riesgo cardiovascular como la Hipertension arterial y la Diabetes Mellitus catalogados por metodos habituales de gradacion del riesgo vascular de grado Bajo (Score, Framingan) en el ambito de Atención Primaria en 5 centros de salud del sector Barbastro donde existen ecografos : BINEFAR, MONZON, GRAUS, AINSA Y FRAGA. Facilitar la accesibilidad de los pacientes a los que se detecten lesiones su derivacion a servicios de cirugia vascular para su valoracion contando dichos especialistas de las pruebas ecograficas realizadas desde Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Primero se realizara en Junio formacion especifica para los medicos participantes, que ya poseen experiencia en Ecografia clinica previa y que vayan a realizar Ecografia de dicho segmento para conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnostica de los mismos realizando Curso especifico. Despues de esto se realizaran reuniones para aunar criterios, extraccion del listado de los pacientes objeto de estudio en funcion de los criterios establecidos y designacion del calendario y forma de citacion de los mismos. Realizacion de una Ecografia del territorio carotideo realizando las mediciones oportunas para valorar el Grosor de intima media o la presencia de placa de ateroma al menos una vez antes de la aparicion de lesiones secundarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Deteccion del grosor de intima media a nivel de carotida comun, bulbo, carotida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se plantea el inicio de actividad formativa en Junio con un adiestramiento durante los primeros meses de puesta en marcha pasando luego a la practica en la poblacion designada en cada uno de los 5 centros de salud designados. Se plantea la finalizacion de dicha toma un año mas tarde del inicio de la actividad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ecografos con sonda plana y software adecuado. Aunque en el momento se cuenta con el aparataje adecuado la obtencion del software especifico para dichos Ecografos, de la marca correspondiente seria aconsejable para obtener las mediciones de forma automatica y disminuir la variabilidad personal o posibilidades de errores de calculo que pudieran llevar a error.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES?**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE BENASQUE

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SANJUAN MARIA GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· CASAS AGUSTENCH NURIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MELIZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO ANGUSTO REYES. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· TIERZ VELEZ LETICIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· SANTABARBARA PALACIO ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La actividad nace por la necesidad manifiesta del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque, tras el conocimiento del desarrollo durante el año 2018 de talleres de RCP básica y primeros auxilios en el colegio de Primaria de Benasque. Vista la buena acogida en el Colegio de Primaria, se decide llevar a cabo también en Secundaria. La Estadística en su último informe, sitúa a la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de muerte en España. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año, y la mayoría se producen en ámbito extrahospitalario. La educación a los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque, iría orientada a iniciar las maniobras de RCP y primeros auxilios intentando conseguir la mayor supervivencia posible con las menores secuelas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque.

Aumentar los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres .

Familiarizarnos con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.

Aumentar supervivencia en caso de parada.

Asentar conocimientos básicos de primeros auxilios.

Conocer la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formar grupo de trabajo para desarrollar los talleres.

Comunicar en reunión del C.S. Castejón de Sos proyecto a desarrollar.

Hablar con el profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para organizar talleres.

Preparación material necesario para desarrollar talleres.

Registrar la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria.

Pasar test pre formación para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Entrevista con profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para valorar la satisfacción al finalizar los talleres.

Nº talleres =o mayor de 2.

Aumento de la puntuación de los participantes en el test tras la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero- Diciembre 2019.

Comunicación en reunión en C.S.Castejón de Sos en Febrero 2019.

Conversaciones con Centro de Enseñanza Secundaria en Febrero 2019.

Curso Taller 2 hs por curso.

Proyecto: 2019_0051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE BENASQUE

Se prevee la continuidad anual de esta actividad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0121 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL C. R. A. ALTA RIBAGORZA. COLEGIO DE LASPAULES : SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

2. RESPONSABLE REYES FRANCO ANGUSTO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS CASTEJON DE SOS
• Localidad CASTEJON DE SOS
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MONTERDE GUERRERO MIGUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA BELLO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA SANJUAN MARIA GEMMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
• SANTABARBARA PALACIO ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este taller nace de la necesidad de implantar hábitos saludables desde la edad temprana e irlos afianzando poco a poco a lo largo de los años .
Está demostrado que los cambios en los hábitos de vida en la población adulta son difíciles de reconducir. La población no está concienciada del problema que supone la obesidad, la dificultad de cambiar las pautas alimenticias insanas, establecidas durante años y la instauración de ejercicio físico en personas sedentarias; la mala higiene bucodental, las repercusiones generales de la misma y la sobreexposición al sol, sin protección, sobre todo en zonas rurales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar los conocimientos, de acuerdo a cada edad, para adquirir hábitos saludables en cuanto a su alimentación y ejercicio físico.
- Relacionar una buena salud, con una buena higiene dental e instaurar una rutina de higiene buco-dental, así como la implicación de los padres.
- Conocer las consecuencias del consumo de azúcares refinados, tabaco y alcohol.
- Aprender a tener una buena técnica de cepillado, duración del mismo, uso del hilo dental, los enjuagues y el cepillado de lengua.
- Conocer los problemas que puede ocasionar la exposición al sol, sin protección solar adecuada, incidiendo sobre todo, en deportes relacionados con la nieve y playa o piscina .
- Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Comunicar en reunión de equipo de C. S. Castejón de Sos, el proyecto a desarrollar.
- Hablar con el profesorado y programar la actividad.
- Preparar charla-soporte audiovisual e interactuar con los niños a través de dibujos, redacciones, manualidades... (dado que es una escuela unitaria, dependiendo de la edad de los niños) .
- Registrar la actividad mediante la ficha de intervención comunitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Valorar el interés por parte del profesorado de la actividad y su posible continuidad en el tiempo.
Evaluar los conocimientos de los niños, antes y después de los talleres.
Nº de sesiones : mayor de 2 sesiones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo - Mayo 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Soporte audiovisual de power-point.
Material escolar que aportará el colegio.
Boca artificial de C. S. de Castejón de Sos

10. OBSERVACIONES.

Al tratarse de una escuela unitaria, donde hay varios cursos, se adaptará los talleres según las edades.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción y prevención de la salud
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERDE GUERRERO MIGUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· CASAS AGUSTENCH NURIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· SANTABARBARA PALACIO ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la puesta en marcha de la acreditación ISO en el C.S. de Castejón de Sos, año 2010, se ha ido realizando un sistema de control de las salas de urgencias del C.S. de Castejón de Sos y del P.A.C. de Benasque y un sistema de registro de caducidades en formato ACCESS. En Junio del 2018, por criterios desconocidos por nosotros, creemos que económicos, se decidió, no renovar la licencia de ACCESS, con lo que nuestro sistema de registro, se invalidó. Eso unido a la gran cantidad de cambios en el personal del centro, ha llevado a que el Sistema de Calidad de Urgencias se haya deteriorado, por lo que se hace imprescindible volver a poner en marcha el sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Aumentar la seguridad de los profesionales.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales.
- Mejorar el acceso al registro de caducidades.
- Aumentar la implicación de todos los profesionales.
- Disminuir los riesgos de ausencia de material y fármacos.
- Disminuir la probabilidad de encontrar material-fármacos caducados.
- Asegurar que las salas de urgencias se encuentren en un estado adecuado para su uso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un sistema informático para que los profesionales tengan acceso a él desde sus ordenadores.
- Inventariado de las salas de urgencias.
- Determinación de mínimos.
- Comprobación caducidades del material y fármacos existentes.
- Solicitar y reponer nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del.C.S. castejón de Sos.
- Actualizar los formatos ISO de urgencias.
- Sesión Clínica informando a todos los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Utilización registro de caducidades: nº de profesionales que lo han utilizado/ total de profesionales=> 60%
- Seguimiento actividades: nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias/total días de registro =<40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero 2019 - Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SISCART TRESANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAS SORO SILVIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ BENAC LUIS. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ SASOT CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PUYELO GIMENEZ GABRIEL. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AYUDAN PEIRON BELEN. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El centro de salud de Fraga cuenta con 16.056 usuarios que disponen de tarjeta sanitaria según datos del 2018 del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). El Servicio de Atención Continuada recibe a 8.000 usuarios al año según datos del sector del 2018. Por lo tanto, se objetiva una alta demanda de los servicios por parte de la población.

Al revisar los motivos de demanda en el servicio, se observa una constante repetición de consultas por síntomas o enfermedades comunes que se podrían solventar en el domicilio al disponer de conocimientos sobre educación sanitaria y/o medidas de seguridad e higiene (ejemplo: colocación del termómetro, toma de analgésicos y/o antitérmicos, etc).

Ante esta situación, el personal de enfermería del servicio de atención continuada del centro de salud de Fraga se propone incrementar los conocimientos en lo que se refiere a educación sanitaria en los usuarios, mientras esperan en la sala de espera. Se pretende realizar de forma clara, sencilla, directa y que se pueda extrapolar a la toda la población, mediante pictogramas e ilustraciones que se colocarían en la misma sala de espera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general

Lograr la atención de los usuarios que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos

Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se utilizarán pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se utilizará como medio "la comunicación escrita" mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:

- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Que la imagen sea lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Que se coloquen en un lugar visible y estratégico, tanto en el interior como en el exterior de los locales del centro.

Se realizarán carteles de carácter temporal y otros permanentes. Aquellos temporales variarían según la estación del año, ya que según la época los motivos de consulta varían. A continuación se detallan los carteles a presentar:

TEMPORALES

Primavera: Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona

Verano: Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño: 1. Tratamiento de la gastroenteritis aguda

2. Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

Invierno: 1. Lavado nasal pediátrico.

2. Medidas física antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

Higiene de manos.

Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.

Voluntades Anticipadas.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0136 (Acuerdos de Gestión)**

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Protocolo de extracción de muestra de orina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.
Se realizará una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se llevará a cabo en atención continuada.
Se emitirá una sesión radiofónica trimestral sobre los temas a tratar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto tendrá una duración de 12 meses, el cual dará comienzo en marzo de 2019 coincidiendo con el inicio de la primavera, y finalizará en marzo de 2020.
Durante el mes de marzo se realizará la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.
Se iniciará la colocación de los carteles en abril de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación. A excepción del cartel de primavera que finalizará una semana antes para poder realizar la recogida de datos, análisis de los mismos y redacción de resultados.
El grupo de trabajo se reunirá quince días antes del comienzo de cada estación para la elaboración del cartel estacional correspondiente. Además, se procederá a la recogida de encuestas para ir introduciendo datos en la base de datos.
Se evaluará de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acudan al servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos que se utilizarán serán:
Ordenador
Cartulinas
Fotocopiadora para poder imprimir los carteles a tamaño Din A1.
Cinta adhesiva o paneles informativos para colgar los carteles.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0165 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA - ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITRIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE PATRICIA MILLANES GALLINAT
· Profesión MATRONA
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERDALA CLEMENTE RAQUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARIÑO BAILO VANESA. MATRONA. CS FRAGA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· LAPEÑA LLERA ANA ISABEL. MATRONA. CS TAMARITE DE LITERA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· COSTA MENEN ELENA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DUESO CORBALAN MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CALVET PALAU MARIA TERESA. TCAE. CS FRAGA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer para que tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón. En el Sector Barbastro, dado que no hay consulta específica de Planificación, consideramos necesario trabajar coordinadamente con las matronas de Atención Primaria, enfermería de especializada y ginecólogos, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y la accesibilidad a las consultas, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales). De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros y observamos que el implante hormonal, era bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes.
Seguimos trabajando para mantener el circuito asistencial en el postparto inmediato, desde el hospital a las consultas, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora.
En 2015, se inició en Atención Primaria la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas, esto ha favorecido la instauración del método, asegurado el seguimiento de las mujeres y ha disminuido las derivaciones a Atención Especializada.
El 33% de los partos atendidos en 2017 el Hospital de Barbastro, son inmigrantes y en la consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por la dificultad idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.
En 2018 el porcentaje de partos de mujeres extranjeras en Barbastro ha sido de 48%.
En 2018 en la consulta de Fraga se atendieron 199 embarazadas, de ellas 47,73% son extranjeras, el número de nacionalidades ha sido de 17. El tipo población atendida en esta consulta es muy variable y se detectan dificultades para la atención sanitaria por desconocimiento del idioma y de la forma de acudir al Sistema sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El Objetivo general:
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres.
Objetivos específicos:
- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita, clara y traducida de los diferentes métodos.
- Potenciar la utilización de Métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Seguimiento del Programa Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP
- Reunión del grupo de trabajo.
- Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología y por parte de las matronas de atención Primaria del Sector, de los métodos LARC instaurados.
- Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto
- Dar a conocer el Programa de organización Anticonceptiva de Aragón tanto a los médicos de AP como a los ginecólogos de nueva incorporación en los diferentes centros (gran movilidad de personal en cortos espacios de

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0165 (Acuerdos de Gestión)

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA - ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITRIO DE BARBASTRO

tiempo)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nºmujeres puérperas informadas en Planta
NºDIUS insertados en 2019
Nºimplantes insertados por A. P. y A. Especializada en 2019
Nºimplantes retirados por mala tolerancia en 2019
Porcentaje de mujeres que no acuden al control postinserción
Control complicaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finalizacion en Diciembre de 2019

Recogida complicaciones de los implantes y DIUs

Evaluacion: Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponer siempre de métodos LARC (implantes y DIU) en las consultas de atención especializada y primaria para que las demandas de anticoncepción sean de alta resolución
Existencia de vías de comunicación rápida entre primaria y especializada para casos de alto riesgo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2019_1291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

2. RESPONSABLE NOEMI ALEXANDRA SERRANO PELLUS

- Profesión HIGIENISTA DENTAL
- Centro CS FRAGA
- Localidad FRAGA
- Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CUCALON IRACHE ELOISA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS FRAGA. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la Unidad de salud bucodental de Fraga estamos atendiendo a embarazadas en distintas etapas del embarazo, con un alto índice de patología bucodental, principalmente enfermedad periodontal y caries. A pesar de ser una prestación incluida en atención primaria, no se está llevando a cabo en nuestro centro de salud de Fraga, por lo que vemos la necesidad de establecer una prevención en la preconcepción y durante el embarazo. Acuden a consulta cuando ya es evidente que existe algún problema (gingivitis, dolor dental...) sin ser conscientes de que una revisión previa y cuidados dentales son imprescindibles para la embarazada y su bebé. Está demostrado que la periodontitis en la madre está asociada con el aumento del riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y restricciones de crecimiento intrauterino. Es por ello, que la captación de éstas pacientes a través de las consultas de: matrona, enfermería, médicos de familia, pediatría y unidad de salud bucodental se hace imprescindible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Concienciar a la embarazada de la importancia de realizar revisiones periódicas para la prevención y cuidados de salud bucodental de ellas como para el bebé.
- Detectar la enfermedad periodontal en sus primeros estadios (gingivitis), para tratarla mediante tartrectomía.
- Incluir el tratamiento de tartrectomía (limpieza bucal), en el servicio de atención ampliando así la cobertura.
- Disminuir la incidencia de patología bucodental durante el embarazo, principalmente enfermedad periodontal y caries.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Conocer el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento de las embarazadas.
- Realizar exploraciones y poner en marcha protocolo de medidas preventivas de la cavidad bucal en la preconcepción y a mujeres embarazadas.
- Realizar tartrectomías en nuestra unidad de salud bucodental como primera medida para evitar las posibles complicaciones que la enfermedad periodontal puede llegar a producir según va avanzando el embarazo.
- Educación en higiene oral: instrucciones de cepillado, utilización de cinta o seda dental, importancia de la no acumulación de placa bacteriana.
- Aplicación de flúor tópico en cubeta de gel y barnices.
- Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables.
- Durante el embarazo se realizarán tres visitas, una en cada trimestre y se valorará en cada consulta: fluorizaciones, exploración oral (placa o tártaro, gingivitis, enfermedad periodontal, caries) y su posterior tratamiento cuando así lo requiera, preferiblemente en el 2º trimestre del embarazo, ya que es el considerado más seguro.
- Valorar la prevalencia del tratamiento periodontal después del parto, entre el 1º y 3º mes post parto, se hará una revisión odontológica, así como instruir a la madre en la educación oral del bebé (como limpiar las encías, explicar las caries de biberón, y el uso inadecuado del chupete).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores que se van a utilizar serán:

- Número de mujeres embarazadas atendidas en unidad de salud bucodental/ Número de embarazadas gestionadas por matrona.
- Número de embarazadas con aplicación de flúor tópico/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.
- Número de embarazadas a las que se realiza tartrectomía/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La fecha de inicio sería inmediato, llevándolo a cabo en 2019 y la intención es que continúe sin interrupción.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los materiales necesarios se encuentran en nuestra consulta de salud bucodental:

- Aparato de ultrasonidos con su correspondiente punta de trabajo, para realizar tartrectomías.
 - Cepillos de pulir y pasta de profilaxis para realizar tartrectomías.
 - Barniz de flúor, geles y cubetas para las fluorizaciones.
- Este material lo tenemos actualmente y se va pidiendo conforme se va necesitando.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

2. RESPONSABLE ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUELO FLORIA MARCOS. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· BANDRES PARDO NATALIA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· ORDUNA NAVAS MARIA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GARCIA ROSA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· RIAZUELO RAPUN CLARA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· CAVERO TOLOSA ANA MARIA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· FERRER ASIN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los primeros auxilios salvan vidas. Son técnicas que cualquier persona, independientemente de su edad, tiene la capacidad de aprender y poner en práctica. La actuación inmediata tras un accidente o situación de emergencia se ha demostrado que mejora mucho el pronóstico de la víctima, por ello, si los niños aprenden cómo actuar en estas situaciones desde la edad escolar, no tendrán miedo ni dudas a la hora de hacerlo en caso de necesidad cuando tengan la edad necesaria o bien se encuentren guiados por el centro coordinador de emergencias de forma telefónica. La población infantil posee una gran capacidad de aprendizaje y motivación, por ello planteamos a los colegios de la zona la posibilidad de formar a los niños en estos contenidos, dado que acudiendo al centro escolar tenemos acceso a la mayoría de la población susceptible de recibir esta formación y posibilitando que estas actividades de realicen de forma periódica, de manera que la adquisición de conocimientos sea progresiva y duradera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La actividad propuesta está orientada a escolares de educación primaria de los centros de la zona de salud perteneciente a nuestro CS Graus. Se ha contactado con los colegios de la zona, y, en aquellos centros en los que los alumnos están mezclados por edades y el número de los mismos es menor, se ampliará esta formación al segundo ciclo de educación infantil. El objetivo fundamental es que los alumnos conozcan el concepto de primeros auxilios, sepan activar los servicios de emergencia disponibles cuando éstos sean necesarios, y cómo actuar en dichas situaciones. Éstos deberán aprender: Cómo llamar correctamente al 112, cómo distinguir si una persona está inconsciente, la posición lateral de seguridad, cómo actuar ante un atragantamiento y qué son y cuándo comenzar las maniobras de RCP básica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión en el EAP para crear el grupo de trabajo y presentar el proyecto.
-Contacto con la dirección de los colegios de la zona, inicialmente para presentar el proyecto:
oColegio Joaquín Costa de Graus
oCRA Baja Ribagorza
oColegio Cerbín de Campo
Por el momento hemos obtenido respuesta favorable del CRA Baja Ribagorza y del Colegio Cerbín de Campo. Posteriormente se programará la fecha de realización de los talleres presenciales y se repartirán los alumnos en grupos pequeños para trabajarlos.
-Reunión del equipo del proyecto para preparar el temario y la metodología por la que se desarrollará la formación.
-Realización de los talleres teórico-prácticos, de entre 1-2 horas de duración, con apoyo de material audiovisual y canciones, y un peluche que deberá traer cada alumno. Se adaptará el contenido de cada taller a la edad de los alumnos que lo reciban.
-Por último, se proporcionará el material a los profesores, para si lo desean, puedan repetir la formación periódicamente o reforzar los conceptos posteriormente al taller.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de niños participantes/total de niños del centro X100 (>= 80%)
- Encuestas de satisfacción y puntos de mejora a profesorado del centro escolar
- Preguntas a mano alzada al finalizar los talleres para comprobar el aprendizaje de los alumnos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión y diseño de actividades: Abril - Mayo 2019
Realización de talleres: Mayo - Junio 2019 (fechas por concretar)
Evaluación y Análisis de resultados: Junio - Julio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará de un ordenador, proyector con pantalla, material fungible y un peluche que aportará cada alumno.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención y formación sanitaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0701 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· ABRIL ESCO MARIA REYES. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· LEGIDO CHAMARRO EVA. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· LARDIES BESCOS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· SARASA AQUILUE SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con el fin de ofrecer la maxima accesibilidad a los pacientes y sus cuidadores al EAP, para minimizar sus descompensaciones y eventos adversos, mejorando la calidad de vida. Se pretende ofrecer una atencion individualizada, continuada y multidisciplinar al paciente cronico complejo.

Desde la implantacion de este programa estamos trabajando con la incorporacion de nuevas herramientas que debemos implementar a nuestra metodologia asistencial.

Detectamos como Pto Critico relevante la falta de sistematica e infrautilizacion del protocolo del plan de intervencion de OMI en el PCC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- OBJETIVO GRAL: Elaborar y actualizar el PLAN DE INTERVENCION del paciente cronico complejo
- OBJETIVOS ESPECIFICOS: establecer, consensuar y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tto y seguimiento del PCC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Cada miniequipo (medic-enfer) definira la poblacion diana de PCC de su cupo, siguiendo las diferentes herramientas de captacion. Siendo este un proceso dinamico en el tiempo.

- Al finalizar la valoracion y estratificacion del PCC, se elaborara de forma conjunta y consensuada (EAP, paciente-familia, hospital, servicios sociales..) el plan de intervencion (PI)

- El PI constara de : objetivos terapeuticos, plan de cuidados, definicion de signos-sintomas de alarma de descompensacion de la enfermedad, primeras actuaciones ante los signos de alarma, recomendaciones de autocuidado, seguimientos necesarios, intervenciones sociales, aceptacion del nivel de intervencion por parte del paciente o/y su cuidador.

- Sistematizar el registro en la HCE tras cada revision clinica que suponga una modificacion del PI

- La revision del PI se realizara ante cambios en su estado de salud o en la situacion sociofamiliar o tras el alta hospitalaria.

- Se realizara dos sesiones formativas de equipo, donde se expondra la metodologia a seguir. Continuaremos con una sesion clinica mensual de revision de casos de PCC donde participe Atencion Continuada. En la reunion semanal del EAP se hara referencia a la revision de los casos PCC q asi lo requieran.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR I: n° PCC con plan de intervencion elaborado en AP/ n° PCC incluidos en programa x100

STANDAR: EL 70% de PCC tendra un PI elaborado

INDICADOR II: n° de interconsultas a la UCC resueltas no presencialmente/n°total de interconsultas a la UCC x100

STANDAR: El 50% IC a UCC se resolveran de manera no presencial

Fte datos:OMI, HCE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-INICIO : Abril 2019, seguimiento continuo.

CRONOGRAMA:

ABRIL realizaremos dos sesiones formativas: captacion PCC

MAYO sesion formativa I elaboracion PI

JUNIO sesion formativa II elaboracion PI

JULIO sesion clinica elaboracion- revision casos PCC con AContinuada

SEPTIEMBRE muestreo n°PCC con PI

OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE sesion clinica revision casos PCC con PI. Recoger incidencias detectadas en el proceso.

EVALUACION

- Evaluacion trimestral de n°casos PCC con PI elaborado, mediante muestreo.Comunicacion al EAP de los resultados.

- Evaluacion a 31/12 /19 del % PCC con PI elaborado

9. RECURSOS NECESARIOS.

Unanimidad de criterio de todos los profesionales

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0701 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Es un diseño q hemos creado para uso interno en nuestro CS segun las directrices de las lineas estrategicas del SALUD

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cronica compleja bio-psico-social
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DE VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

2. RESPONSABLE MARIA REYES ABRUL ESCO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS LAFORTUNADA
• Localidad LAFORTUNADA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LARDIES BESCOS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• GRACIA MARCO MARIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• SARASA AQUILUE SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• ROJAS VERA ADRIANA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
• LEGIDO CHAMARRO EVA. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un 80% de las PCR extrahospitalarias ocurren en presencia de testigos, en muchas ocasiones niños, siendo clave en los índices de supervivencia el inicio precoz de estas maniobras de RCP básica .
En España existe el Real Decreto 126 de 28/02/2014, donde se incluye en el curriculum de educación primaria la enseñanza de primeros auxilios y dentro de ella la RCP básica.
El acceso a la población en núcleos rurales donde el acceso a servicios de atención de Urgencias de soporte vital avanzado es tardío dada la dispersión geográfica de los Valles de Bielsa y Chistau, la actuación precoz es fundamental, es más cercano y sencillo desde los equipos de salud .
Si los niños aprenden e interiorizan sin temor, sin dudas y sin prejuicios las técnicas de RCP básica, incrementará las probabilidades de supervivencia de las personas que sufran una PCR presenciada por ellos.
Introducir estas técnicas de estas enseñanzas a los niños escolarizados dentro de las actividades de Intervención Comunitaria de la Enfermera de AP
así ir logrando integrar las actividades sanitarias y docentes, potenciando la concepción de comunidad y la eficiencia dado su menor coste al ser llevado a cabo por profesionales sanitarios en su horario laboral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana serán los niños/as de Educación infantil y Educación primaria de 2 a 12 años
Objetivo General: Capacitar a niños de 3 a 12 años para que sean capaces de actuar eficazmente ante una Parada Cardiorespiratoria o atragantamiento y la transmisión de lo aprendido a su entorno más cercano.
Objetivos Específicos:
- En Educación Infantil y primeros ciclos de Primaria sabrán identificar una inconsciencia, pedir ayuda a un adulto y marcar el teléfono de emergencias 112. Seguir el orden ABC y masaje cardíaco de forma adecuada a su edad.
- En últimos ciclos de primaria, ESO y Bachiller identificarán inconsciencia, alertarán correctamente al 112, si respira posición lateral de seguridad (PLS) y si no respira con normalidad iniciarán un correcto masaje cardíaco hasta signos de vida o llegada de ayuda especializada.
En caso de atragantamiento: realizarán la maniobra de HEIMLICH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES:
- Se realizará una reunión con los profesores de los colegios del Valle de Chistau para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.
- Se establecerán los días adecuados a cada uno de ellos para impartir la formación
- Pretest y post test de 4/6 preguntas básicas para valorar los conocimientos adquiridos o reforzados en cada alumno.
- Un taller teórico -práctico de 30 minutos de duración máximo en cada colegio.

METODOLOGÍA:

1- Elaboración de la metodología para educación infantil y primer ciclo de educación primaria creado por La junta de Andalucía de un libro titulado " Marcela la enfermera visita la escuela" utiliza un texto en forma de rima e ilustraciones aproxima a los pequeños a situaciones de peligro, enfermedad y primeros auxilios.
2. Con una sencilla canción les enseñarles cómo actuar ante una emergencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Debemos tener en cuenta que se trabaja con niños, lo que significa que por motivos de salud u otros no todos los inscritos estén presentes.
Indicador de Proceso: alumnos que reciben la formación
Nº de alumnos que realiza el taller/ /Total de alumnos en cada colegio x 100
Indicador de Resultado: Conocimientos básicos adquiridos en el taller
Estándar: 80 - 85%

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1451 (Acuerdos de Gestión)**

IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DE VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

Nº de alumnos que responden de 4-6 preguntas correctas del post-test/ /Total de alumnos por taller impartido x 100
Estándar: 80-85%

La evaluación se valorará con la encuesta de 4-6 preguntas (Según la edad de los niños/as) relacionadas con el taller.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio del proyecto: 26 Abril de 2019

Fecha de fin del proyecto: 15 de Junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS MATERIALES: libro formativo en PDF, muñecos de RCP de niños y adultos, mascarillas desechables, cañón de proyección audiovisuales (música y diapositivas gráficas)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Eps en la Escuela
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0073 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE VANESSA BARRERO MUÑOZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MEQUINENZA
- Localidad MEQUINENZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALDERO SANTIAGO LIDIA. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LABARTA GIL LUCIA. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CALDERON SANCHEZ ROGELIO. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- NAVARRO ARIBAU MONTSE. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CIUDAD BENITO MARIA. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Garantizar la atención integral en todo momento asegurando la continuidad del proceso asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Priorizar recursos y tiempo para proporcionar una adecuada respuesta a la urgencia en cualquiera de sus niveles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera de guardia). Se encarga de asegurar el correcto funcionamiento del procedimiento de revisión y mantenimiento del material de urgencias.

b) Periodicidad de la revisión:

Control del número de unidades y caducidades de la medicación: cada 15 días.

Mantenimiento de los carros de medicación: mensual.

Revisión del funcionamiento de los aparatajes: mensual.

Control de la temperatura de las neveras: diario.

Revisión de las balas de oxígeno: cada 15 días.

c) ¿Qué revisar?

Control de existencia.

Control de número de unidades.

Control de caducidades.

Funcionamiento de aparataje.

Control de las balas de oxígeno.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Conseguir un objetivo >80% en cada uno de los puntos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.

Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.

Fecha prevista de iniciación: marzo 2019.

Responsable de implantación: el equipo de atención continuada.

Plan: el equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Existencia de una hoja de revisión donde conste la fecha y la firma de los profesionales que la realizan.

Hoja de incidencias para anotar deficiencias existentes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE LIDIA CALDERO SANTIAGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MEQUINENZA
- Localidad MEQUINENZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARRERO MUÑOZ VANESSA. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CALDERON SANCHEZ ROGELIO. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LABARTA GIL LUCIA. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- NAVARRO ARIBAU MONTSE. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CIUDAD BENITO MARIA. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Garantizar una capacidad óptima de resolver los problemas de salud urgentes más prevalentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera), disponible el día que nos indiquen la revisión anual correspondiente; así como, en el momento que pueda aparecer cualquier problema y/o incidencia.

b) Periodicidad de la revisión: Se realizará de forma ANUAL en el taller de referencia MASIA (localidad Mequinenza).

Pasar ITV cuando corresponda y posible reparaciones cuando procedan con el previo consentimiento del coordinador.

c) ¿Qué revisar?

- Maletín de vía circulatoria y vía respiratoria.
- Maletín de vía urinaria.
- Maletín de curas y suturas.
- Maletín de traumatología.
- Control de las balas de oxígeno.

En todos los maletines se revisará:

- Control de existencia.
- Control de número de unidades.
- Control de caducidades.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

e) Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito en la gasolinera situada en la Av de Mequinenza, 22590. Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para realizar el albarán, que se depositará en la valija de admisión.

f) Limpieza: cada 6 meses por dentro y por fuera el primer día laborable del mes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Mantenimiento y limpieza: máximo una vez al año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.

Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.

Fecha prevista de iniciación: Marzo 2019.

Responsable de implantación: el Equipo de Atención Continuada.

Plan: el Equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Existencia de una hoja de revisión donde conste la fecha y la firma de los profesionales que la realizan. Hoja de incidencias para anotar deficiencias existentes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0354 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION ALMACEN DE FARMACIA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FERRER SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos detectado falta de stock y alguna caducidad en ocasiones. ante esta situación y dado que nadie controla la situación, se haran una serie de controles para evitarlo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- no farmacos caducados
2- no falta stock
3- orden y limpieza en almacen

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Control a principio de mes para conocer lo que hace falta
2- Pedido a almacen
3- Reposición y revisión de caducidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
No Farmacos caducados al finalizar el año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De 1 marzo de 2019 a 31 de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
nada

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no procede
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION ALMACEN MATERIAL

2. RESPONSABLE PILAR JUAREZ CASTELLO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MEQUINENZA
- Localidad MEQUINENZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER SANZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

al realizar una revision en almacén material, se ha encontrado por una parte falta de material y por la otra material caducado, a pesar de revisiones previstas. Dado que el material es necesario en la practica diaria se decide realizar un proyecto de calidad para mejorar la situación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- Evitar el acumulo de material y evitar que caduque.
- 2- stock suficiente para la práctica diaria
- 3- limpieza y orden

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Primeros dias del mes revisión para ver necesidades.
- 2- Pedido a almacén
- 3- reposición de material yrevisión de caducidades

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

No material caducado
no falta material

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De 1 de marzo de 2019 a 31 de dicimebre

9. RECURSOS NECESARIOS.

no se precisan recursos materiales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0109 (Acuerdos de Gestión)**

IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEREZ ALBIAC

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MONZON RURAL
- Localidad MONZON
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ALASTRUE PINILLA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se inicia el uso del mapa en atención primaria en 2018

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Valorar la utilidad de este nuevo instrumento de diagnóstico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

consulta específica con agenda abierta, registro en Excel de todos los casos, valoración general

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

numero de MAPA realizados/52 semanas numero de MAPA que causan decisión terapéutica/num total de MAPA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

inico en sept 2018 hasta sept 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

aparato MAPA, ordenadores

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MARTIN VIDAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALASTREU PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Después de analizar durante el año 2018 los pacientes EPOC en el centro de salud de Monzón Rural, se ha objetivado que tenemos 72 pacientes EPOC, que requieren educación en el tema del uso de inhaladores y fisioterapia respiratoria para mejorar su calidad de vida y evitar reagudizaciones e ingresos. Por ello vemos necesario crear grupos de educación grupal para mejorar su autocuidado y aumentar sus conocimientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL :
Incrementar el nivel de autocuidado de pacientes EPOC mediante intervención grupal
OBJETIVOS ESPECIFICOS :
Ampliar conocimientos en el uso de inhaladores
Fomentar el abandono del tabaquismo.
Aumentar conocimientos en fisioterapia respiratoria.
Conseguir mayores coberturas de vacunación de gripe y neumococo.
Ayudar a identificar síntomas de reagudizaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizaran sesiones de educación grupal periódicas con pacientes EPOC.
Se realizaran talleres del uso y manejo de inhaladores.
Se realizaran practicas de fisioterapia respiratoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Test de conocimientos pre y post intervención
Test de manejo inhaladores pre y post.
Pacientes vacunados de neumococo y vacuna gripe pre y post intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2 sesiones en 1º y 2º semestre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula de educación centro salud.
Inhaladores tipo muestra
Pizarra
Proyector

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

2. RESPONSABLE ROCIO LAMARCA GAY

- Profesión PEDIATRA
- Centro CS MONZON URBANO
- Localidad MONZON
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALLUE BLANCO MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. DAP BARBASTRO. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
- JAVIERRE MIRANDA ELENA. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- LOPE DALMAU ISABEL. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- RIVAS CALVETE MARTA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. DAP BARBASTRO. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la sociedad actual, es frecuente que los padres no tengan ninguna experiencia en el cuidado de un recién nacido o lactante pequeño, y cuando son padres por primera vez, se sienten desbordados. Durante los primeros meses tras el nacimiento de un bebé, las familias tienen numerosas dudas en relación al cuidado del bebé, su alimentación (en especial, la lactancia materna), el desarrollo psicomotor, el manejo de la patología banal... Por ello, las consultas de pediatría suelen estar saturadas de consultas de este tipo.

Un objetivo prioritario de las consultas de pediatría suele ser tratar de devolver la autonomía en el cuidado del bebé a las personas que les corresponde, es decir, a sus padres. También desde las consultas de pediatría y obstetricia promovimos la lactancia materna, tratando de mejorar el número de mujeres que consiguen una lactancia materna exclusiva.

La educación grupal, además de solucionar este tipo de dudas y dar mayor seguridad a las familias al aumentar los conocimientos en puericultura, tiene un papel muy importante al juntar personas con la misma situación personal, lo que permite que se sientan comprendidas y que muchas veces, puedan aportar solución a las cuestiones que plantean otras personas del grupo.

En el centro de salud existe un grupo de educación maternal prenatal, de esta manera conseguiremos dar continuación al trabajo realizado por las matronas una vez que ha nacido el bebé.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir que los padres ganen en seguridad y autonomía en el cuidado de sus hijos, mediante la adquisición de conocimientos y la puesta en común de soluciones a los problemas derivados de la crianza

Potenciar la auto-estima de las madres y los padres al sentirse más seguros en los cuidados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- El grupo contará con los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Monzón, coordinados desde el equipo de pediatría.

- Se realizará en la sala que disponemos para la educación parto.

- Formación de los profesionales en el área a tratar.

- Se ofrecerá la actividad a las familias en las visitas al equipo de pediatría. En esta primera toma de contacto, se le ofrecerá un programa con el calendario previsto de las sesiones.

- Será un grupo abierto, donde las madres y padres puedan ir viniendo según intereses y posibilidad de acudir. Se potenciará que las familias acudan con los bebés.

- Un día a la semana, se realizará el taller de educación grupal, que será dirigido por los distintos profesionales que integran la atención a la madre y al recién nacido, según el tema que se trate ese día.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Registro de familias que acuden al programa.

- Cuestionario de satisfacción al finalizar los talleres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Creación del grupo de trabajo en abril 2019.

- Formación de los profesionales y elaboración de las charlas/talleres en julio-agosto 2019.

Un posible calendario de sesiones (pendiente de consensuar y preparar por todo el equipo), flexible también según los intereses de los/as asistentes, sería:

Cuidados del recién nacido

Lactancia materna

Desarrollo psicomotor en el bebé y estimulación precoz

Sueño infantil

Vínculo afectivo o apego

Alimentación complementaria

Patología frecuente en pediatría: fiebre, catarros, diarrea.

Vacunación infantil.

- Elaboración de los cuestionarios en septiembre 2019

Proyecto: 2019_1443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sin patología, madres y padres de recién nacidos
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0183 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C.S. TAMARITE DE LITERA

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMOS ESPAÑOL JUDIT. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· BETRIAN HERRERA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CUY GODINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RIVARES BACHES JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· MUNT ARDIACA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mejora de calidad en cuidados paliativos, requiere la atención tanto del enfermo como de sus familiares, evaluando sus necesidades y con continuidad asistencial. Con este proyecto pretendemos disponer de un punto de partida para conocer y mejorar las necesidades sanitarias y humanas de los enfermos y sus familias, así mismo, que suponga un referente para el desarrollo de la labor asistencial de los profesionales de este centro de salud. Los pacientes tendrán realizada una hoja de asistencia que quedará registrada en su historia clínica, logrando el trabajo unificado de todos los profesionales del centro. La atención se realizará en un entorno que facilite su intimidad y confidencialidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Evaluación inicial de las necesidades del paciente con cuidados paliativos
2. Revisión periódica de las necesidades, por parte del EAP
3. Definición de un plan de cuidados
4. Apoyo a las necesidades de la familia o/y cuidador

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reunión de los integrantes del proyecto de mejora para la elaboración de una hoja de asistencia los días 4 y 11 de marzo 2019
2. Sesión informativa a todos los componentes del equipo asistencial de C.S. de Tamarite el día 21 de marzo de 2019
3. Se inicia proyecto de mejora a partir del día 22 de marzo de 2019

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación inicial del paciente paliativo registrada mediante Hoja de asistencia CP - CS TAMARITE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Implantación del proyecto marzo 2019 - Finalización noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con criterios de terminalidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CETRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO!!

2. RESPONSABLE PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMOS ESPAÑOL JUDITH. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO LOPEZ ANA DELIA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RIVARES BACHES JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CUY GODINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· MUNT ARCADIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y de las comunidades e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, por ello es una buena arma para modificar hábitos y concienciar a la comunidad de la importancia de la salud.
Debido a las nuevas dinámicas familiares tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos se han modificado los patrones de consumo originando con ello el aumento de la obesidad, por ello es necesario la adopción de hábitos alimentarios saludables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar conciencia entre los participantes de la importancia de los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades crónicas.
- Conseguir que los pacientes sepan identificar y adoptar la dieta mediterránea.
- Favorecer la relación entre participantes para aumentar así su estado de ánimo y mantener una buena actitud frente al cambio de hábitos.
- Conseguir un IMC adecuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Captación de usuarios mediante la consulta de atención primaria.
- Unificar criterios con los diferentes profesionales y crear un protocolo de actuación.
- Sesiones individuales con los usuarios interesados.
- Sesiones grupales para poner en común dudas y estrategias ayudando así a todos los componentes del grupo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje participantes con un alto grado de satisfacción. Estándar a alcanzar >85%
Número de sesiones formativas a lo largo del 2019. Estándar >4sesiones.
Número de pacientes que han introducido cambios en sus hábitos alimentarios/ número de pacientes captados. Estándar >75%.
Conseguir que bajen el peso corporal al menos el 10% de los pacientes que han realizado cambios en sus hábitos alimentarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto: abril 2019
Abril 2019 inicio de captación de pacientes interesados.
Finales de abril 2019 reunión del grupo de trabajo para realizar el protocolo de actuación.
Mayo/Junio 2019 inicio primer grupo.
Julio 2019 valoración y mejoras
Septiembre/ Octubre inicio segundo grupo
Noviembre 2019 valoración
Fin del proyecto: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CETRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO!!

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0006 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Atención Primaria es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados.

La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedición.

La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:

-Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.

-Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR).

Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en atención primaria cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).

Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del sector Barbastro

? Promover la correcta dosificación en pacientes con IR.

Objetivo secundario

? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se comunicará en junta técnico asistencial y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos del sector. La FAP realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR.

El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Fuente datos: receta electrónica.

Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.

Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o contraindicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Barbastro.

Proyecto: 2019_0006 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)

9. RECURSOS NECESARIOS.

- FAP
- Extracción de datos, gestión y elaboración de informes por CIAS.
 - Elaborar e impartir una sesión farmacoterapéutica por equipo.
 - Asesoramiento individualizado cuando proceda.
- PERSONAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AP
- Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0014 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA GLOBAL DE LA ESTRUCTURA DE LA INFORMACION DE LOS SERVIDORES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE EDUARDO CLEMENTE ROLDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUSTE ALFREDO. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MOTIS GABI. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ ANA. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· SORINAS FORNIES SILVIA. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Todos los Equipos de Atención Primaria del Sector de Barbastro tienen a su disposición una ubicación común en el servidor central a la cual tienen acceso todos los miembros del EAP y el personal de dirección. Durante varios años se ha ido almacenando mucha información en dichas carpetas, lo que dificulta la organización y localización de los archivos.

El envío de información a través de correo electrónico conlleva un riesgo, ya que este se puede perder o por error puede ser enviado a otra persona, además que es complicado que la información llegue a todas las personas del equipo.

Además, el tener una estructura común con instrucciones definidas facilitará la comunicación y la localización de la información.

Para la dirección se hace muy difícil actualizar la información que contienen dichos sitios, dado que puede estar contenida en diferentes sitios o duplicada. Es la vía idónea para compartir información con nombres de usuarios: listados, proyectos de investigación, etc. De igual manera con la coordinación de los centros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Estandarizar la estructura de las carpetas almacenadas en los servidores informáticos de cada centro, para que de esta manera todos los centros de AP almacenen la información en el lugar que corresponde y la información que deben contener
- Establecer permisos de lectura y escritura en determinadas carpetas compartidas
- Optimizar el tiempo que los profesionales pueden dedicar a localizar la información. Evitar duplicidades
- Reducir la cantidad de información almacenada, que en ocasiones está obsoleta, duplicada o ya no se consulta
- Facilitar la coordinación entre Dirección y Equipos de Atención Primaria, para que esta pueda ser consultada sin necesidad de avisarlo previamente
- Disminuir la cantidad de registros que se están utilizando, en ocasiones duplicados
- Reducir el consumo de papel
- Redactar unas instrucciones comunes de funcionamiento
- Consolidar un grupo multidisciplinar (dirección AP, admisión EAP, informática, coordinación EAP)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Consensuar con el grupo de trabajo la estructura básica de las carpetas
- Crear unas instrucciones comunes de aplicación en todos los centros de atención primaria. Definir los permisos de lectura y/o escritura para las carpetas
- Estructurar y distribuir toda la documentación actual, eliminando toda aquella documentación obsoleta o que ya no se consulta
- Definir los flujos de comunicación entre dirección de AP, coordinación, admisión y resto de profesionales sanitarios. De igual manera definir flujos de comunicación entre la coordinación del EAP y el resto de profesionales sanitarios del centro
- Simplificar los registros existentes, tratando de reducir en la medida de lo posible muchos de ellos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Crear un grupo de trabajo
- Instrucciones de funcionamiento comunes para todos los EAP redactadas
- Permisos de escritura y lectura definidos
- Número de centros con la estructura de carpetas común a finales de 2019 (100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Revisión de la documentación actual: febrero 19
- Redactar instrucciones comunes. Definir flujos de comunicación y permisos de las carpetas: Septiembre 19
- Incorporación al nuevo sistema de carpetas: diciembre 19

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0014 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA GLOBAL DE LA ESTRUCTURA DE LA INFORMACION DE LOS SERVIDORES DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0016 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ANA TERESA MONCLUS MURO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro DAP BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUEYO ENRIQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
- ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
- FORNIES LACOSTA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- NOGUERO CARRERA ADORACION. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La última encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, muestra como los indicadores más desfavorables respecto a Atención Primaria (AP) del Sector Barbastro son los relacionados con la facilidad para conseguir cita, la posibilidad de escoger día y hora y el tiempo de espera. Por otro lado, cada vez es más palpable la autopercepción de ayuda inmediata para solucionar los problemas de salud sin discriminación del carácter urgente de esta necesidad; este hecho aboca, entre las consecuencias, en una mayor presión sobre los profesionales. Otro hecho a tener en cuenta es que hoy en día la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica. La revisión sistemática llevada a cabo por Mármol-López, muestra evidencias de cómo las enfermeras de AP son los profesionales referentes que deben liderar las intervenciones durante todos los procesos de la vida del paciente y su familia, promoviendo la autonomía necesaria para una gestión adecuada de sus necesidades de autocuidado y de su enfermedad.

AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, y atendiendo a la cartera de servicios, se hace necesario un análisis del actual rol de enfermería, en el que la gestión de la demanda indomorable sea un pilar esencial.

La participación activa de todos los profesionales del EAP en este proyecto, resulta imprescindible para asegurar una atención sanitaria en el nivel correcto para el problema de salud presentado.

La aplicación de la gestión de la demanda ha demostrado presentar una alta resolución de las necesidades de los usuarios, aportando, a su vez, un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Elaborar estrategias que permitan una atención integral al paciente, la familia y la comunidad, elaborando un sistema de flujo de la demanda que garantice la calidad asistencial.
2. Diseñar e implementar un protocolo para la gestión de la demanda asistencial en atención primaria.
3. Visibilizar la competencia de la enfermera familiar y comunitaria en la resolución de la demanda espontánea.
4. Aumentar la satisfacción del paciente en relación a la accesibilidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros de AP con desarrollo profesional en atención ordinaria(AO) y continuada(AC) que desarrollan su actividad en centros de difícil cobertura y/o alta presión asistencial.

Se realizarán reuniones presenciales mensuales, y trabajo activo mediante el uso de herramientas electrónicas.

Se tendrá en cuenta la bibliografía reciente y otros procedimientos desarrollados en otros servicios de salud.

Se crearán nuevos registros en OMI-AP que permitan dar respuesta a los indicadores.

Se diseñarán encuestas de satisfacción destinadas a pacientes y profesionales implicados en la atención.

Finalizado el protocolo, se realizará en cada EAP seleccionado, las actividades formativas pertinentes.

Se evaluarán los resultados mediante los indicadores pertinentes (explotados a partir de OMI-AP y SIAP) y encuestas de satisfacción a trabajadores y usuarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- Se ha establecido un protocolo de atención para gestión de la demanda

Estándar: Si/NO

2.- nº de centros de salud en los que se han impartido sesiones clínicas para la implementación del protocolo

Estándar: > 5/15

3.- nº centros en los que se ha implementado el protocolo/nº de centros que han recibido formación para la implantación del protocolo X 100

Estándar: >80%

4.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería/nº pacientes que acuden a urgencias en horario de AC x 100

Estándar: 70-80%

5.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC y cuyo problema es resultado por enfermería/ nº de

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0016 (Contrato Programa)**

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería
Estándar: 20-30%

6.- nº de pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario valorados por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario x 100
Estándar: 70-80%

7.- nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100
Estándar: 20-30%

8.- Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en relación a la demanda asistencial.
Estándar: 80%

9.- Porcentaje de profesionales implicados en el proyecto con alto grado de satisfacción en relación a la gestión de la demanda asistencial.
Estándar: 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma general:

- ene-abr: constitución del grupo. Reparto tareas. Desarrollo del protocolo.
- may-jun: formación e implementación del protocolo (1ª fase)
- jul: elaboración de las encuestas de satisfacción
- sep-dic: análisis y difusión de resultados
- 2020 (2ª fase)

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0018 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DIAGNOSTICO NUEVO DE FIBRILACION AURICULAR

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRADOS SASO DANIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· ARAGON ESTREMEIRA VICTOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GRIABAL GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· MAGALLON PUY JUAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fibrilación auricular (FA) es una patología muy frecuente, tanto en la consulta del médico de familia como del cardiólogo. Estudios poblacionales en España han mostrado un incremento de la prevalencia de FA con la edad: el 0,3% de la población de 40-49 años, el 1% en la de 50-59, el 4,6% a los 60-69, el 9,3% a los 70-79 y casi el 18% de los mayores de 80 años. La FA se asocia con mayores tasas de mortalidad, accidentes cerebrovasculares tromboembólicos, insuficiencia cardiaca y hospitalizaciones.

El manejo de este proceso se centra en el control de frecuencia cardiaca, la protección tromboembólica mediante tratamiento anticoagulante, y el adecuado abordaje de otros procesos asociados o relacionados (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, ...).

En la actualidad existen tecnologías que permiten la detección oportunista por medio de esfigmomanómetros digitales específicos que son capaces de alertar de la presencia de una FA en las tomas de TA por cualquier causa.

Existe una gran variabilidad en el proceso asistencial de la FA por la diversidad de profesionales implicados, procedentes también de diferentes niveles asistenciales y de diferentes servicios hospitalario: médicos de equipos de atención primaria y médicos de atención continuada, médicos del Servicio de Urgencias Hospitalarias, de los Servicios de Cardiología, de Medicina Interna, de Neurología, de Hematología. Según estudios, el % de médicos de atención primaria que inician tratamiento y anticoagulación es mejorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer relación entre todos los especialistas implicados en el proceso.

Enfoque multidisciplinar y manejo coordinado del paciente con FA.

Elaboración de protocolos consensuados basados en guías de práctica clínica que aseguren la aplicación de las mismas de forma homogénea y continua en los diferentes niveles y servicios: criterios de derivación, anticoagulación, manejo de la FA crónica, ...

Proporcionar a los facultativos y personal de enfermería de esfigmomanómetros con alerta de presencia de FA que permitan aumentar la detección de los casos de FA no diagnosticada y asintomática.

Implementación de un protocolo de derivación de los pacientes con primer diagnóstico de fibrilación auricular (FA), desde atención primaria y desde urgencia hospitalaria a Cardiología, con circuitos AP-urgencia Hospitalaria, y cobertura 24/365.

Uso de herramientas no presenciales: Interconsulta Virtual, y potenciar la figura del cardiólogo consultor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones de consenso: 2 reuniones y trabajo por correo electrónico.

Reuniones informativas y de coordinación en todos los Equipos de AP y Servicios hospitalarios implicados.

Difusión de los resultados y medidas correctoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Documento de consenso aprobado y disponible en intranet.

Sesiones clínicas de presentación en Centros de Salud.

Nº de pacientes con diagnóstico de FA (código CIAP K78) en el año de estudio con prescripción de TAO (AVK o ACOD) en Atención primaria / Nº de pacientes con apertura de código CIAP K78 en el año de estudio.

Nº de pacientes con diagnóstico de FA (código CIAP K78) en el año de estudio con interconsulta a cardiología resuelta telemáticamente / Nº de pacientes con diagnóstico de FA (código CIAP K78) en el año de estudio con interconsulta a cardiología.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero 2019: Reunión del grupo de mejora

Mayo 2019: Documento de consenso

Junio-octubre 2019: sesiones clínicas

Diciembre 2019: evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0018 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DIAGNOSTICO NUEVO DE FIBRILACION AURICULAR

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

2. RESPONSABLE EVA MARIA CARDEÑOSA LOPEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
• Localidad FRAGA
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOPEZ MUR LEYRE. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
• IRICIBAR MIR LAURA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- En la actualidad en el servicio de quirófano recibimos de manera bastante continua personal de nueva incorporación que no han trabajado en el bloque quirúrgico, con lo que recae toda la carga sobre el personal que habitualmente trabaja en él.
- El tener unos procedimientos de trabajo (clasificados según la intervención quirúrgica de la especialidad de cirugía a realizar), del material necesario para dicha intervención y para la preparación del mismo quirófano; sirve tanto de apoyo, como de aprendizaje para el personal de nueva incorporación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disponer de una herramienta eficaz que sirva de ayuda para el montaje del material necesario tanto del carro de quirófano (de forma ordenada según la intervención a realizar), como el aparataje que se utiliza para cada intervención para los profesionales de nueva incorporación.
- Mejorar la calidad asistencial y seguridad para el paciente y efectividad en nuestro trabajo. Así disminuyendo posibles errores.
- Unificar criterios de trabajo para que este sea más eficaz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar listado priorizado de procedimientos según intervención quirúrgica
- Elaborar los distintos procedimientos a realizar de manera consensuada con el equipo de quirófano.
- Presentación e implantación de los procedimientos al personal de nueva incorporación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Grado de satisfacción tanto del personal de nueva incorporación por el material recibido, como del personal que trabaja habitualmente en el servicio.
- Fácil acceso a los procedimientos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Realización del listado y elaboración de los procedimientos según intervenciones de la especialidad de cirugía: Mayo-2019
- Implantación de los procedimientos al personal de nueva incorporación: junio-2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACEN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE LAURA IRICIBAR MIR

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
- Localidad FRAGA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUISAN NAVAS MARTA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
- BADIA ZAPATER TERESA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
- ABADIA AROS ADORACION. TCAE. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
- OSTARIZ DUESO CONCEPCION. TCAE. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Surge la iniciativa de éste proyecto de mejora para llevar un buen control del stock de medicación y productos farmacéuticos existentes en el almacén de farmacia. Además, sería una herramienta muy útil para el personal de nueva incorporación que tenemos actualmente en la unidad ya que de este modo facilitaríamos la tarea del control del stock. No disponemos de ningún registro en el cual figure la cantidad exacta de los productos farmacéuticos que debe haber de stock mínimo en almacén.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 5.1.- Organización y mantenimiento adecuado de los productos farmacéuticos y medicación en el almacén de farmacia.
- 5.2.- Control del stock
- 5.3.- Control de caducidades

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 6.1.- Control del orden y limpieza del almacén de farmacia periódica. Evaluación continua sobre condiciones físicas para el correcto mantenimiento de los productos farmacéuticos (ubicación, temperatura, etc.)
- 6.2.- Revisión semanal de los productos y realización de pedido en función de la previsión de IQ en dicho periodo.
- 6.3.- Revisión y reposición de caducidades a final de mes.
- 6.4.- Trabajo multidisciplinar con el Servicio de Farmacia del Centro en el caso que fuese preciso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 7.1.- Almacén ordenado y limpio. Correcto mantenimiento de los productos farmacéuticos.
- 7.2.- Existencia de stock de productos farmacéuticos cuando se precisen. Se ha hecho cada semana el control del stock mediante el registro nuevo
- 7.3.- Ausencia de productos farmacéuticos caducados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De 01 abril de 2019 a 31 de junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1375 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

2. RESPONSABLE LEYRE LOPEZ MUR
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
 - Localidad FRAGA
 - Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
 - BADIA ZAPATER TERESA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
 - OSTARIZ DUESO CONCEPCION. TCAE. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO
 - ABADIA AROS ADORACION. TCAE. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El montaje de las cajas de instrumental del bloque quirúrgico recae en las enfermeras de dicho servicio (instrumentista y circulante), debido a que las nuevas incorporaciones de personal no conocen el nombre técnico del instrumental, ni la composición de dichas cajas de la especialidad de cirugía, se producen errores a la hora del montaje de las mismas, y por lo tanto se ven afectadas intervenciones quirúrgicas programadas. Tener un catálogo fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas del bloque quirúrgico es una herramienta que permite identificar cada una de las piezas que componen cada caja, y así poder ofrecer una asistencia de máxima calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disponer de una herramienta eficaz que sirva de ayuda para el montaje de cajas de forma ordenada a los profesionales de nueva incorporación.
Identificar cada pieza de instrumental con su nombre técnico correspondiente.
Reducir los errores de montaje

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar un registro con el nombre de cada caja quirúrgica de la especialidad de cirugía
- Realizar una foto individual del instrumental que pertenece a esa caja.
- Identificar cada pieza de instrumental con nombre y referencia.
- Realizar un catálogo con las diferentes cajas incluyendo el nombre de cada caja, así como el instrumental perteneciente a cada una de ellas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Catalogo realizado
Nº de cajas categorizadas e incluidas en el catalogo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del registro con el nombre de las cajas: Mayo-2019
- Realización de las fotografías del instrumental e identificación del mismo: Junio-2019
- Montaje del catálogo de instrumental: Julio-Septiembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO Y MONITORIZACION DE LAS DIFERENTES GAMMAPATIAS MONOCLONALES

2. RESPONSABLE ADRIAN FONTAN ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUS CEBRIAN FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SOPENA MURILLO ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GIRON CEBOLLERO PILAR. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· TAPIA LANUZA AMADO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad, el diagnóstico de las gammopatías monoclonales, implica la realización de diferentes pruebas, lo que conlleva un algoritmo diagnóstico considerablemente complejo. La demografía del Sector de Barbastro con población envejecida, hace que la incidencia de las gammopatías monoclonales sea elevada. Dichas patologías pueden presentarse con clínica variada, por ello su despistaje debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en diferentes situaciones. Las gammopatías monoclonales deben ser monitorizadas desde su diagnóstico hasta el final de la vida del paciente. Derivado de ello esto implica un gran número de análisis y de consultas, por todo ello es necesario protocolar las determinaciones a realizar en estos pacientes con el fin de disminuir la variación en la práctica médica y los costes asociados. Es necesario también, mantener una buena comunicación entre los Servicios clínicos que permitan un manejo más ajustado del paciente y así poder corregir tratamientos en caso de no estar siendo efectivos.

Por todo lo expuesto anteriormente es pertinente realizar un protocolo consensuado entre los servicios de Hematología y Análisis Clínicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Reducir la variabilidad en la práctica médica
2. Adecuación de la demanda de las determinaciones a realizar en los pacientes con gammapatía monoclonal.
3. Mejorar la comunicación entre los servicios implicados, con el fin de dar una respuesta en el menor tiempo posible.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión de bibliografía y de las últimas guías de práctica clínica en el manejo de gammopatías monoclonales.
2. Redacción de protocolo de diagnóstico de gammopatías monoclonales
3. Redacción de protocolo de monitorización de gammopatías monoclonales.
4. Comunicación y formación del protocolo al resto de miembros del servicio.
5. Implantación del protocolo.
6. Evaluación de la mejora tras la implantación del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de pacientes de nuevo diagnóstico de gammapatía monoclonal por mes.
2. Ratio de gammopatías respecto al número de proteinogramas añadidos por el sistema informático.
3. Número de comunicaciones entre servicios debido a alteración analítica
4. Número de rechazo de pruebas innecesarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1º trimestre: búsqueda de bibliografía
- 2º trimestre: redacción protocolo
- 3º y 4º: Implementación del protocolo.
- Final : evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Consultas bibliográficas
Sistema informático del laboratorio (ya disponible)
Equipación (ya disponible) de analizadores en el laboratorio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros

Proyecto: 2019_0072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO Y MONITORIZACION DE LAS DIFERENTES GAMMAPATIAS MONOCLONALES

trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROBRES GUILLEN PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OTTO NOGUERO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· PEREZ RUEDA NOELIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· GONZALEZ PAVON LAURA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BARRIGA CONDE ANA MARIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LANAÑO SENZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· PUYAL MELE ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se define como bacteriemia y fungemia, a la presencia en sangre de bacterias y hongos, respectivamente. Procesos asociados a una mortalidad elevada, que puede oscilar entre el 10-30% según las series consultadas y el tipo de proceso. Debido a la importancia diagnóstica y pronóstica de la bacteriemia y de la fungemia, constituyen una de las prioridades del Laboratorio de Microbiología Clínica.

En la actualidad el hemocultivo sigue siendo el principal método de diagnóstico para determinar la etiología de una bacteriemia y/o fungemia. Su fácil realización lo hace asequible a cualquier centro y es el único método que hasta el momento permite el aislamiento del microorganismo viable, lo que es necesario para determinar su sensibilidad antibiótica. La utilidad del hemocultivo, sin embargo, está muy asociada a que se realice exclusivamente en pacientes con clínica compatible con bacteriemia porque la extracción en otras circunstancias incrementa el gasto sanitario y no aporta información clínicamente útil. Por otro lado, su valor práctico en el diagnóstico se ve perjudicado por el retraso en la obtención de resultados y porque no es positivo en todos los pacientes, siendo su rendimiento más bajo en aquellos pacientes en los que ya se ha instaurado tratamiento antibiótico o si la infección se produce por hongos, por bacterias de crecimiento lento o por aquellas con requerimientos especiales de crecimiento. Otro factor limitante clave es la elevada proporción de hemocultivos contaminados por microorganismos pertenecientes a la microbiota de la piel; este proceso genera errores diagnósticos, tratamientos inadecuados y ocasiona un elevado gasto económico para el sistema sanitario. Se acepta como tasa máxima de contaminación el 3% de los hemocultivos practicados.

En 2018 en el Laboratorio de Microbiología del Hospital de Barbastro, se recibieron un total de 4101 extracciones de hemocultivo, procedentes de las diferentes unidades del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga. De todos ellos, un 5,60% (n: 230) la interpretación del hemocultivo fue "contaminado" o "posible contaminación", porcentaje muy superior al aceptado en las guías que recordemos no debe ser superior al 3%.

La aplicación de una buena metodología para la extracción y procesamiento de los hemocultivos es necesaria para el aislamiento de todos los microorganismos productores de bacteriemia y/o fungemia. Siendo muy importante que el profesional encargado de realizar la toma del hemocultivo conozca y reciba formación sobre el momento y el lugar de extracción, la cantidad de sangre que hay que obtener, la atmósfera de incubación de los frascos de cultivo, el número de extracciones y las condiciones de asepsia a seguir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la variabilidad práctica de los DUE del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, sobre la técnica para la extracción de los hemocultivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer los signos y síntomas que un paciente debe presentar para la extracción de hemocultivos por parte de los profesionales de enfermería.

Determinar las condiciones de asepsia/esterilidad de la técnica.

Establecer la utilización (desinfección, orden de llenado, volumen, cambio de aguja) de los frascos de hemocultivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1º Realizar un estudio descriptivo observacional transversal mediante la entrega de un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Periodo estimado: 1 mes.

2º Realizar una charla informativa de los resultados obtenidos, así como formativa sobre el protocolo a seguir en la extracción de hemocultivos. Elaboración de protocolo de actuación y posters recordativos de la técnica.

3º Evaluar con la entrega de un nuevo cuestionario al personal de enfermería en diciembre del 2019 y con la valoración de los resultados de los hemocultivos, si ha existido variabilidad en el número de hemocultivos contaminados en el Hospital de Barbastro y CASAR de Fraga entre el antes y el después de la acción correctiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de extracciones de hemocultivo "contaminados" o "posiblemente contaminados" en 2019.

Proyecto: 2019_0490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Entrega cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2019.
- Análisis de los resultados y elaboración de protocolo de actuación y posters, entre el 15 de abril y el 31 de mayo de 2019.
- Charla-taller formativo, primera quincena de junio de 2019.
- Entrega de segundo cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 1 y 31 de diciembre de 2019.
- Análisis comparativos de los resultados entre el primer y el segundo semestre del 2019, en el primer trimestre del 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Posters informativos para las diferentes unidades hospitalarias del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DEMANDA DEL ESTUDIO GENETICO DE HEMOCROMATOSIS BASADO EN ALGORITMOS DIAGNOSTICOS

2. RESPONSABLE ANA SOPENA MURILLO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TAPIA LANUZA AMADO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - LALANA GARCES MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - REILLO SANCHEZ CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - LOPEZ AGUERRI NATALIA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - BIELSA MOLINA PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
 - COSTA RODRIGUEZ PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hemocromatosis engloba a un grupo de patologías causadas por un exceso de hierro. Esta acumulación de hierro puede ser hereditaria (causas genéticas) o adquirida (múltiples transfusiones sanguíneas, enfermedades hepáticas, alcoholismo crónico u otras enfermedades relacionadas con el metabolismo del hierro). En relación a la hemocromatosis hereditaria, actualmente distinguimos 6 tipos de hemocromatosis (tipo 1, tipo 2a, tipo 2b, tipo 3, tipo 4 y HH dominante) en función de la causa genética. Aunque la mayoría son enfermedades raras (<1/1.000.000 individuos), la hemocromatosis de tipo 1 o clásica (HH) tiene una prevalencia de 1/200 personas en occidente. Ésta es la forma más frecuente entre las de causa genética y su herencia es autosómica recesiva. La principal mutación es Cys282Tyr (C282Y) que, en homocigosis, predispone a padecer la enfermedad. La prevalencia de esta mutación en homocigosis es de 1/200 a 1/1000, pero la penetrancia es baja y la expresión fenotípica variable. El 80-95% de los pacientes de HH son homocigotos para C282Y. Existen otras mutaciones del gen HFE (H63D, S65C, I105T) que tienen escasa trascendencia clínica. Los dobles heterocigotos (C282Y/H63D) pueden presentar expresión clínica relevante. Para el diagnóstico de la HH, las guías de práctica clínica recomiendan realizar un cribado bioquímico (determinación de ferritina e Índice de saturación de transferrina (IST)) en aquellos pacientes con sospecha de HH. En pacientes con síntomas y/o hiperferritinemia (>300mg/dL) y valores incrementados de Índice de saturación de transferrina (IST> 45%), confirmado con una segunda determinación, se realiza la confirmación del diagnóstico mediante el estudio genético donde se analiza la presencia de las mutaciones patogénicas. Tras el diagnóstico molecular del paciente, debería realizarse un estudio genético de los familiares. El estudio genético es una prueba costosa tanto en tiempo como económicamente por lo que su solicitud debe estar justificada. El propósito de este proyecto es evaluar la solicitud de estudio genético de hemocromatosis para comprobar que estas peticiones se adecúan a los protocolos publicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Evaluar la solicitud de estudio genético de hemocromatosis durante los años 2016, 2017 y 2018 y analizar si estas peticiones se adecúan al algoritmo diagnóstico propuesto por las guías de práctica clínica.
2. Si el resultado del estudio de adecuación de la demanda es que no se cumple con los algoritmos propuestos por las guías clínicas se realizará la redacción de un protocolo consensuado con los servicios más peticionarios con el objetivo de mejorar la adecuación de la demanda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión de la bibliografía y de las últimas guías clínicas para el manejo de la hemocromatosis.
2. Estudio retrospectivo de solicitud de estudio genético del gen HFE en 2016, 2017, 2018 en nuestro sector.
 - a. Estudio de la adecuación de la demanda de estudio genético según el algoritmo bioquímico
 - b. Estudio de la adecuación de la demanda de estudio genético en casos familiares.
3. Estudio de la prevalencia de las mutaciones del gen HFE en 2016, 2017, 2018 en nuestro sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Nº de pacientes con solicitud de estudio genético (% de peticiones según el motivo de la solicitud)
2. % de solicitudes que no se adecúan al algoritmo bioquímico para la solicitud de estudio genético: objetivo < 20%
3. % de solicitudes de estudio genético familiar que no se adecúan al algoritmo: objetivo < 20%
4. % de pacientes con mutaciones relacionadas con la HH (C282Y/C282Y y H63D/C282)
5. Reducción de estos indicadores tras la realización del protocolo en el caso de que no se cumplan los objetivos: objetivo > 50% de reducción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Revisión de la bibliografía y de las últimas guías clínicas para el manejo de la hemocromatosis: marzo 2019
2. Estudio retrospectivo de solicitud de estudio genético del gen HFE en 2016, 2017, 2018 en nuestro sector: mayo 2019
3. Redacción de un protocolo consensuado con los servicios más peticionarios de esta prueba (Hematología y

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1048 (Acuerdos de Gestión)

EVALUACION DE LA DEMANDA DEL ESTUDIO GENETICO DE HEMOCROMATOSIS BASADO EN ALGORITMOS DIAGNOSTICOS

Digestivo): junio 2019

4. Evaluar las peticiones del segundo semestre de 2019 tras la aplicación de dicho protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE MUCOSA GASTRICA

2. RESPONSABLE CARLO BRUNO MARTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRE ORUS MARIA PILAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ALCINA BERTOMEU ROBERTO. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTIN HERRERO JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La biopsia endoscópica es el método por excelencia para el diagnóstico de patología gástrica inflamatoria-infecciosa, incluido los distintos tipos de cáncer que afectan el estómago. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer un diagnóstico, el cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior. La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez realizado el diagnóstico, esto último más importante en caso de tratarse de patología neoplásica, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico. Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia endoscópica gástrica.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin). Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:
 - a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo, valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
 - b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
 - c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
 - d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sistema de trazabilidad del Servicio de Anatomía Patológica.

Proyecto: 2019_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS
ENDOSCOPICAS DE MUCOSA GASTRICA**

Sistema de información del laboratorio de Anatomía Patológica (LIS Patwin)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

2. RESPONSABLE ANGELA CONTRERAS VAZQUEZ
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRE ORUS MARIA PILAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· VALLE LARREGOLA MONTSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La biopsia bronquial es el método por excelencia para el diagnóstico de las neoplasias pulmonares. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y tolerado por las pacientes, que permitirán establecer un diagnóstico el cual va a condicionar la conducta terapéutica posterior.

La necesidad de iniciar el ttº quirúrgico u oncológico lo antes posible una vez realizado el diagnóstico, obliga a tratar estas muestras de modo preferente. Es necesario un protocolo de manejo consensuado entre el patólogo y los técnicos de anatomía patológica.

Por esta razón los técnicos la registran preferente, realizan el estudio macroscópico. En esta fase es necesaria la inclusión de los distintos fragmentos en bloques independientes, para rentabilizar el material existente de cara a futuras solicitudes de estudios moleculares.

De manera rutinaria se realizan cortes sin teñir o se puede solicitar directamente en casos seleccionados las técnicas inmunohistoquímicas pertinentes. En el resto de casos se decide ya directamente una vez evaluada la tinción de Hematoxilina-Eosina (HE), con la ventaja de que ya no es necesario el nuevo desbastado del bloque para la obtención de los cristales.

Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de A.Pat. implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

Esto con la finalidad de mitigar la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de una biopsia de dichas características, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe de A.Pat.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia bronquial sospechosa de neoplasia.
- Gestionar las muestras remitidas para poder disponer de material biológico en caso de ser solicitado la realización de estudios moleculares.
- Realización de estudios inmunohistoquímicos ya sea desde la inclusión de la pieza, o una vez revisada la HE por el patólogo.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos, técnicos, administrativos, licenciados en enfermería, etc) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal de salud implicado de las decisiones acordadas. Así como a los distintos comités médicos implicados en el diagnóstico de esta patología.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin).

Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin.

Encuesta a los servicios receptores de resultados de estudios acerca de la satisfacción con los tiempos de respuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:

Proyecto: 2019_0726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

- a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo, valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
- b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
- c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
- d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.
- e) Encuesta de satisfacción a los servicios implicados en los resultados de los estudios.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sistema de Trazabilidad del servicio de Anatomia Patologica.

Sistema de gestión de información del servicio de Anatomia Patologica (LIS Patwin)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICIO A CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES

2. RESPONSABLE MONTSERRAT VALLE LARREGOLA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ONCINS TORRES ROSA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTIN HERRERO JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ALCINA BERTOMEU ROBERTO. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido paraafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia o laboratorios externos específicos (Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Miguel Servet, Clínico Universitario Lozano Blesa, Estudio del ONCOTYPE, etc.) en los que se llevan a cabo dichos estudios. En otros casos se pide una segunda opinión/interconsulta o implica una cesión del material a petición del paciente o del medico tratante. El Servicio tiene el deber de custodiar las muestras de los pacientes y a la vez garantizar el acceso a estos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Establecer una letra específica para el fichado de estudios moleculares o de consulta, en nuestro caso nos hemos decido por la letra M. A su vez, se relaciona dicho estudio M al de la biopsia/citología primaria.
Creación de la etiqueta para salida de bloque y para entrada.
Elaboración de una hoja de cálculo informática que registre los estudios a realizar fuera de nuestro Hospital.
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, Técnicos de anatomía patológica y citología (TEAPyC), licenciados en enfermería y administrativos del servicio.
Volcado de los resultados remitidos al fichero de estudios moleculares, para que a su vez se vean reflejados en la historia clínica.
Reclamación de bloques que sean devueltos después de un periodo de tiempo definido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.
Registro de reclamaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hoja de Cálculo que registra la salida del material desde el primer día de implantación.
Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del Proyecto.
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Sistema de gestión informática de Anatomía Patológica (patwin)
Historia clínica informática
Hoja de calculo Excel.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_1184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO QUE SALE DEL SERVICIO A CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_1197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

2. RESPONSABLE ROBERTO ALCINA BERTOMEU
• Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CLAVERIA GABARRE CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
• GABARRE ORUS MARIA PILAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
• TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
• CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
• CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
• MARTIN HERRERO JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
• VALLE LARREGOLA MONTSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El diagnóstico de biopsias sospechosas de NC debe ser realizado en breve, con la finalidad de que estén a disposición del comité multidisciplinar de patología digestiva encargado de su ttº y a la vez de cara al paciente que espera dichos resultados.

Estas muestras actualmente siguen la vía normal de procesamiento junto con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es a nivel clínico donde se debe definir la prioridad del estudio y se agilice su diagnóstico, aunado a esto muchas veces las biopsias precisan de estudio inmunohistoquímico, tema que puede alargar los tiempos de diagnóstico. En las hojas de solicitud de estudio anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias. Si pudiésemos diseñar un protocolo de identificación para que estas muestras, desde que se toman vía endoscópica, incluyesen un sistema de señalización en la hoja de solicitud que una vez identificada como sospechosa de neoplasia pueda ser trasladado a los bloques (por ejemplo bloques de un color distinto) y así dar una vía expedita durante todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) y de esta manera acortar los tiempos con respecto a otras biopsias.

Una vez realizado el diagnóstico neoplásico se facilita dicha información al responsable de su inclusión en el comité de tumores para su pronta discusión en el mismo. El mejorar estos pasos implicaría una toma de decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

- Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
- Valoración anestésica.
- Programación de cirugía
- Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.

- Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.

De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y ttº inmediato mucho más eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias NC.
- Facilitar la discusión de los estudios en el comité de tumores de digestivo de forma mas expedita, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Informar y coordinar con el Sº Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
- Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
- Informar a los patólogos de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
- Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
- Reunir a los técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalizado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
- Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de NC/Total de biopsias de NC diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplásica diagnosticada
- Tº promedio de discusión de pacientes con diagnósticos NC/Total de pacientes con diagnósticos NC discutidos en el comité de tumores de digestivo = Tº promedio por paciente discutido en el comité de tumores de digestivo

Obtención de datos

Para saber los tºs a estudiar contamos con la información:

- En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.
- En el programa informático de A.Pat. (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.

Proyecto: 2019_1197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

- En las actas del programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.
- Estadística del comité de tumores de digestivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.

- Fecha de inicio: 01/05/2019

- Fecha de finalización: 01/12/2019

- Previamente durante el mes de abril nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscopías de colon, para solicitar la señalización de forma escrita "SOSPECHA DE NEOPLASIA" con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en el anverso superior de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.

- Se organizará una reunión con los técnicos de anatomía patológica, licenciados en enfermería y personal administrativo implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Programa de gestión de laboratorios de Anatomía Patológica (patwin)

Historia clínica informática.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

2. RESPONSABLE NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LATRE SASO CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ABAD SAND MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - CARRASQUER PUYAL AURORA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - PALLARES SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - BOLEA TOLOSANA SIRA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cefalea postpunción dural (CPPD) es un cuadro clínico que se presenta tras la punción de la duramadre al realizar una técnica anestésica neuroaxial (intradural o epidural), siendo a su vez la complicación más frecuente asociada a la colocación de un catéter epidural.

En la mayoría de los casos se trata de una cefalea de carácter benigno y autolimitada, pero en ocasiones puede ser incapacitante y asociarse a complicaciones graves, por lo que es de vital importancia un temprano y correcto diagnóstico así como un tratamiento de la misma en el caso de que exista la sospecha clínica.

Se propone la realización de este proyecto para evaluar y registrar la incidencia que existe en nuestro centro de CPPD, realizar un seguimiento de los pacientes afectados y crear un protocolo de prevención y tratamiento de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD que se producen en nuestro centro
- Identificar la técnica relacionada (intradural o epidural, sobre todo en Obstetricia)
- Realizar un control y seguimiento exhaustivo de los pacientes afectados mediante la recogida de datos a través de la "Hoja de CPPD"
- Estandarizar y protocolizar el tratamiento profiláctico, el tratamiento analgésico conservador y la terapia intervencionista en el caso de que fuera necesaria
- Comparar los datos obtenidos con la casuística habitual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de la "Hoja de CPPD" para iniciar la recogida de datos
- Estandarización y creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito
- Control diario de los síntomas así como signos de alarma y cambios en la medicación establecida o medidas terapéuticas adicionales como el parche hemático
- Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las "Hojas de CPPD"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Datos que se deberán incluir en la "Hoja de CPPD":

- Datos identificativos del paciente
- Fecha de la técnica neuroaxial y fecha de inicio de la CPPD
- Tipo de cirugía realizada y técnica anestésica relacionada con la CPPD
- Medición del dolor de la cefalea mediante la escala EVA y características de la misma día a día
- Otros síntomas asociados: Rigidez de cuello, tininitus, hipoacusia, náuseas o vómitos, fotofobia
- Focalidad neurológica si la hubiera
- Registro de aparición de complicaciones así como necesidad de pruebas complementarias (TAC o RMN)
- Tratamiento analgésico establecido así como registro de la necesidad de analgesia de rescate, y técnicas invasivas en caso de que precisara (parche hemático)
- Necesidad de reposo absoluto
- Registro del inicio de deambulación
- Duración en días de la sintomatología de la CPPD

Análisis de datos obtenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio de recogida de datos desde la aprobación del proyecto durante un año y análisis de los datos obtenidos

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Hoja de CPPD
- Control diario por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación de los pacientes diagnosticados de CPPD
- Protocolización de la profilaxis y tratamiento de la CPPD

Proyecto: 2019_0369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que presenten CPPD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

2. RESPONSABLE CRISTINA LATRE SASO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El índice transfusional en la cirugía protésica se sitúa en muchas series en torno al 90%. La transfusión de sangre alogénica (TSA) es un procedimiento no exento de riesgos, cuya administración provoca además un aumento en la estancia hospitalaria y los costes del proceso.

Con la finalidad de reducir los riesgos derivados de la TSA y obtener mejores resultados clínicos y menor dependencia de productos sanguíneos, se han propuesto diversas estrategias de ahorro que incluyen el uso protocolizado de ácido tranexámico.

En el Hospital de Barbastro no se aplica con regularidad hasta el momento ninguna técnica de ahorro de sangre alógena en este tipo de intervenciones. El ácido tranexámico ha demostrado reducir en un 38% la pérdida sanguínea, sin provocar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica 2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica 3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión 4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre 5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Anestesiología: detección del paciente APTO para el protocolo.
- Anestesiología: Administración de la dosis recomendada iv.
- Anestesiología: Observación de los trigger transfusionales y niveles de hematocrito postoperatorio
- Enfermería U.R.P.A: control del sangrado postoperatorio y registro del mismo.
- Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro en la "Hoja de Anestesia" y en la "Hoja de Control Postoperatorio" del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Control Postoperatorio" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 24hs. Control analítico en las primeras 48h tras el procedimiento para determinar el nivel postoperatorio.

El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período y el análisis de los datos recogidos. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Personal perteneciente al Sº de Anestesiología y enfermería de U.R.P.A
- Control analítico postoperatorio y del débito de drenaje quirúrgico como viene realizándose hasta el momento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PLANA COSTA MONSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· DIAZ AGUDO ISABEL. TCAE. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BALLABRIGA GONZALEZ MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· ENGUITA TODA ISABEL. CELADOR/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· SANZ MELIZ JOSE MIGUEL. CELADOR/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado riesgo de confusión, llegando en ocasiones a error en la colocación de los pacientes postquirúrgicos en su cama al ingreso en la Unidad de Recuperación postanestésica tras la intervención quirúrgica.

Los pacientes son trasladados de planta a quirófano en su cama de hospitalización junto con su H³C. En la recepción de quirófano pasan de su cama a una camilla y son trasladados a la sala de acogida de quirófano. Tras la intervención quirúrgica son trasladados a la URPA en camilla donde se colocan en su cama de hospitalización. La cama de hospitalización de los pacientes queda vacía en la recepción de quirófano y es trasladada a la URPA por un celador de quirófano, quedando en espera en un box de la URPA o en el pasillo hasta la finalización de la intervención quirúrgica del paciente. La cama es identificada con cinta adhesiva anotando el número de quirófano y la especialidad por un celador de quirófano.

Al ingreso del paciente en URPA se debe localizar la cama para ubicar al paciente en su cama de hospitalización.

Posibles causas:

- Cama no identificada
- Existencia de 2 camas de la misma especialidad y del mismo quirófano en la URPA
- Error en la identificación de la cama
- o Cama mal identificada
- o Identificación ilegible
- o Confusión de la persona que lo lee

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal. Ausencia de errores en la colocación de los pacientes en sus camas de hospitalización.

Objetivos secundarios

- Camas bien identificadas en la URPA
- Protocolizar acciones encaminadas a la correcta identificación de las camas en la URPA y a la correcta ubicación de los pacientes en sus camas de hospitalización.
- Conocimiento del protocolo de correcta ubicación de pacientes por todo el personal implicado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo

La finalidad de este proyecto es evitar errores de identificación y de colocación de pacientes en sus camas de hospitalización ayudándonos de una atención protocolizada basada en la mejor evidencia disponible.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La fuente de información de los errores serán los registros realizados en la URPA.

Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en la URPA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.

Los indicadores de medida serán:

- Estructura
- Criterio: Disponer del material para realizar la actividad
- Indicador: Disponer del material para realizar la actividad
- Estandar: Existencia de material indicado (SI-NO)
- Proceso

Proyecto: 2019_0724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Criterio: Protocolo de identificación de camas

Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad

Estandar: SI

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico

Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estandar: 100% del personal implicado

Criterio: Camas bien identificadas en la URPA

Indicador: % de camas bien identificadas

Estandar: 100% camas

- Resultado

Criterio: incidentes

Indicador: % pacientes que se les ha colocado en otra cama

Estandar: 0

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo. Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Marzo a diciembre. Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Abril. Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los que se decidan por el equipo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0734 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PLANA COSTA MONTSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ESPLUGA DE ANTONIO ELISA. CELADOR/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· JAIME PAUL ROSARIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· MORA ALINS SOFIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la evaluación de los riesgos del servicio, se detectó que la mayor frecuencia de accidentalidad laboral ocurría durante la transferencia del paciente desde camilla a cama, existiendo además la posibilidad de riesgo para el paciente.

Además, la coordinación y la asistencia inmediata son necesarias, por ello, se precisa de un protocolo de actuación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana

- Personal sanitario y pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA.

Objetivo principal

- Minimizar la accidentalidad de pacientes y de personal sanitario en la transferencia camilla-cama

Objetivos secundarios

- Medir la frecuencia de accidentes relacionados con la transferencia de pacientes

- Eliminar objetos que posibiliten los accidentes

- Protocolizar acciones en la prevención de accidentes relacionados con la transferencia de pacientes postquirúrgicos camilla-cama.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.

- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio

- Registro de accidentes durante la transferencia del paciente postquirúrgico, tanto en personal sanitario como en paciente, antes y después de la aplicación del protocolo.

- Realización protocolo transferencia paciente postquirúrgico camilla-cama

- Formación del equipo en las actuaciones para la aplicación del protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores de medida serán:

- Estructura

o Criterio: presencia personal (4 personas) para la transferencia del paciente postquirúrgico

Indicador: % de transferencias realizadas correctamente

Estandar: 100%

- Proceso

o Criterio: Protocolo de transferencia paciente postquirúrgico camilla-cama

Indicador: Existencia de protocolo validado

Estandar: SI

o Criterio: Formación del personal del bloque quirúrgico (QUI/URPA) en el protocolo de transferencia

Indicador: % de trabajadores en bloque quirúrgico (QUI/URPA) formado en el protocolo de transferencia.

Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores

o Criterio: Aplicación del protocolo

Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo

Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores que ha sido formada.

- Resultado

o Criterio: mejora en accidentalidad en personal

Indicador: % accidentalidad

Estandar:

o Criterio: mejora en accidentalidad en pacientes

Indicador: % accidentalidad

Estandar: 0

Proyecto: 2019_0734 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo. Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio
- Abril. Análisis de datos de accidentalidad en el Servicio en el año 2018.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la transferencia camilla-cama en el paciente intervenido quirúrgicamente
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo.
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los que se decidan por el equipo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente quirurgico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ESTIBALIZ ECHAZARRETA GALLEGO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARRASQUER PUYAL AURORA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - PALLARES SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - LATRE SASO CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - FRANCES RAMI ESMERALDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía del cáncer colorrectal se asocia con una alta tasa de eventos adversos, hasta un 30% según las series. Las complicaciones derivadas de la intervención dependen del acto quirúrgico, el estado basal del paciente y la propia patología. La agresión perioperatoria implica la puesta en marcha de una respuesta inmunitaria y endocrina con liberación de citocinas y mediadores de la inflamación que puede convertirse en patológica conllevando una disfunción orgánica. Los programas de recuperación intensificada ERAS son un conjunto de cuidados para pacientes quirúrgicos, basados en la evidencia, que tienen como objetivo disminuir este estrés generado en torno al proceso operatorio. La implementación de estas prácticas de manejo perioperatorio han supuesto una revolución en el campo de la cirugía, y se sustentan en la aplicación de un paquete de medidas de una manera multidisciplinar por los profesionales involucrados y fomentando la implicación activa del paciente en todo el proceso. Actualmente en el Servicio de Cirugía del hospital de Barbastro se llevan a cabo anualmente alrededor de 80 cirugías de colon resectivas, por lo que siendo una patología de alta prevalencia resulta necesario adecuar y consensuar interdisciplinariamente un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implementar programa de cirugía de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en el Hospital de Barbastro.
- Reducir la estancia media hospitalaria tras cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.
- Reducir las complicaciones globales en cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ítems del protocolo de rehabilitación multimodal:

Preoperatorio:

- Información al paciente preoperatorio completa oral y escrita sobre el proceso al que va a ser sometido individualizada y adaptada.
- Optimización preoperatoria: identificación del paciente de riesgo en el periodo preoperatorio, de manera que los eventos detectados se optimicen en esta etapa.
- Ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de intervención quirúrgica.

Intraoperatorio:

- Evitar empleo de premedicación anestésica.
- Abordaje quirúrgico laparoscópico prioritario.
- Profilaxis de náuseas y vómitos en función del riesgo estimado individualizado.
- Prevención hipotermia.
- Evitar uso de sonda nasogástrica (SNG).
- Evitar empleo de drenaje intraabdominal.
- Analgesia epidural/bloqueo plano transversal: analgesia epidural dentro de una analgesia combinada en toda cirugía abierta.
- Fluidoterapia intraoperatoria guiada por objetivos evitando la sobrecarga hídrica, con un mantenimiento de los siguientes valores: cirugía laparoscópica 1-3 ml/kg/h o cirugía abierta 5-7 ml/kg/h.
- Hiperoxigenación intraoperatoria con FiO2 superior a 50%.
- Empleo de anestésicos de acción corta en inducción y mantenimiento.

Postoperatorio

- Nutrición precoz: inicio de la ingesta las primeras 24 horas postoperatorias.
- Movilización temprana: movilización en las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Incentivador respiratorio/fisioterapia preoperatoria y postoperatoria combinados con ejercicios de respiración profunda, tos dirigida y movilización precoz.
- Retirada precoz de sonda vesical: en los casos en los que sea necesario su colocación, retirada en las primeras 24 horas tras la cirugía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° ítems del protocolo cumplidos /paciente ingresado.

Proyecto: 2019_0365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Porcentaje global de adherencia al protocolo.
- Porcentaje de cumplimiento por grupos de edad.
- Estancia media hospitalaria pacientes incluidos en protocolo/estancia media pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017- 2018.
- Complicaciones globales pacientes incluidos en protocolo/complicaciones globales pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017-2018.
- Encuesta satisfacción del paciente.
- Evaluación de dificultades surgidas en el desarrollo del proyecto y pautas de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Febrero-Marzo 2019: elaboración de protocolos de manejo y consenso en torno a los mismos.
- Abril 2019: comunicación y formación del personal implicado sobre los nuevos protocolos.
- Abril-Mayo 2019: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre 2019: reunión evaluación: dificultades en la implantación, mejoras aplicables.
- Noviembre 2019: evaluación de resultados de 6 meses de evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Personal perteneciente a Servicio de Cirugía General y Anestesiología (facultativos, enfermería, auxiliar de enfermería, celadores).
- Proyector, ordenador: charlas formativas de personal.
- Trípticos informativos al paciente (consultas externas-planta de hospitalización).
- Encuesta de satisfacción del paciente.
- Encuesta a personal de servicio .

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA

2. RESPONSABLE LAURA ALONSO AYERBE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARRAMONA PUEYO CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CADEVILLA ARNALDA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SAMITIER DIAGO SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BORRELL BORRELL EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GARCES BIELSA SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SATUE ARMENGOL OLIVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FUMANAL GRASA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fractura de cadera tiene una alta prevalencia en la población. Representa un importante porcentaje en la actividad quirúrgica y de la hospitalización en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. A su vez la coxartrosis es una patología muy frecuente que deriva en una artroplastia total de cadera, lo que supone una fracción importante en la actividad quirúrgica de nuestro servicio.

Ambos procesos quirúrgicos presentan peculiaridades a la hora de realizar la movilización de los pacientes para el aseo, así como los ejercicios inmediatos postoperatorios que pueden realizar de forma autónoma para mejorar el estado circulatorio a nivel periférico y el tono muscular. Sin olvidar los movimientos que hay que evitar para evitar la luxación de la cadera y que tanto el paciente como el personal debe de conocer.

La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización de conocimientos para el buen control asistencial de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Actualizar conocimientos del personal de la unidad de hospitalización de Traumatología en especial en las patologías enunciadas.
- Mejorar el estado funcional del paciente al alta y su autonomía en domicilio.
- Reducir comorbilidades y posibles complicaciones inmediatas.
- Reforzar conocimientos a cuidadores y familiares en el manejo extrahospitalario de estos pacientes al alta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un póster las pautas específicas de movilización en dependencia del tipo de osteosíntesis utilizada.
- Elaboración e implantación de un tríptico informativo para entregar a los pacientes y familiares, con las pautas de movilización y tipos de ejercicios a realizar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.
- El 100% de los pacientes intervenidos de PTC se les entregará el díptico informativo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- En el mismo periodo se elaborará e implantará el díptico informativo y se comenzará a distribuir a los pacientes con PTC.
- Se realizarán sesiones en el mes de Mayo y otra en Octubre para favorecer la asistencia .
- Enero 2020; análisis y presentación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Proyecto: 2019_1038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

2. RESPONSABLE CLARA PALACIN ARIÑO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIBIAN GETINO CLARA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· TORRES GRANDE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· MEDRANO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GRANDE MANJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La disfagia orofaríngea es uno de los problemas más frecuentes en pacientes hospitalizados. Tiene múltiples consecuencias adversas que llevan a un aumento del coste total por hospitalización. La administración de la medicación oral se encuentra condicionada tanto por la forma farmacéutica como por la dificultad de deglución de estos pacientes. La detección de este problema, conlleva a la mejora de la atención del paciente y disminución de eventos adversos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea.
- Recomendaciones y optimización de los tratamientos de los pacientes con disfagia orofaríngea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica de los artículos publicados hasta la fecha.
- Elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.
- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea en hospitalización.
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario y encuesta de valoración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Valoración satisfactoria en el 70% del personal sanitario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Revisión bibliográfica y elaboración de recomendaciones hasta septiembre de 2019
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario a lo largo del último trimestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula para formación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquiera que curse con disfagia orofaríngea
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0848 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LA GESTION Y RESOLUCION PRACTICA DE LAS CONSULTAS TELEFONICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARA CHARRO CALVILLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLAVERIA CLAVERIA GRACIELA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- VIÑUALES CHUECA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
- CUDINACHS SAMPIETRO MARIA. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- GRASA CORTINA MARIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. CITACIONES
- ARELLANO CARRERA ROCIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La incidencia y prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal está en claro aumento en nuestro medio, como se refleja en los estudios epidemiológicos más recientes. Su evolución crónica con brotes impredecibles y su complejo manejo terapéutico, lo cual, hace que estos pacientes requieran de una atención integral y continuada. Cada día surgen incidencias, nuevas manifestaciones clínicas, dudas sobre efectos del tratamiento, gestión de citas médica y de administración de tratamiento. En nuestra consulta se recogen diariamente multitud de llamadas telefónicas sobre todos estos asuntos, sin que esta actividad disponga actualmente de una gestión organizada y eficaz, ni tampoco queda reflejada. Además los pacientes expresan su dificultad para acceder a una vía de resolución efectiva de sus necesidades hasta que llegan a comunicar con la consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Ofrecer a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de nuestra área de salud una vía no presencial de gestión y resolución de consultas en lo relativo a su patología y la atención a la misma. En un entorno de dispersión geográfica como el nuestro, cobra especial relevancia el hecho de que se eviten desplazamientos a estos pacientes crónicos, en su mayoría jóvenes con actividad laboral. Organizar una actividad que está creciendo exponencialmente de forma espontánea por requerimiento de los propios pacientes y que requiere de una gestión ordenada para que resulte realmente resolutoria. Comenzar a interactuar de forma coordinada los distintos miembros implicados en la atención de estos pacientes: médicos especialistas, enfermería de consulta y de hospital de día, administrativos para ofrecer una atención más integral que mejore la percepción de buena calidad asistencial por parte de los usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar un documento sencillo que indique al paciente de forma clara y concisa cómo contactar con la consulta de digestivo en caso de precisar una atención no presencial.
Formar al personal de enfermería en los aspectos más relevantes de la enfermedad inflamatoria intestinal, por medio de sesiones presenciales en el hospital y cursos de formación específicos on line.
Registrar todas las consultas telefónicas atendidas.
Generar un código administrativo para poder contribuir a su codificación informática.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- .- Contabilizar el número de consultas telefónicas registradas.
- .- Analizar el motivo de las consultas y cuantificar cuantas fueron posibles de resolver vía telefónica y cuantas derivaron en una atención presencial, cuáles de las pudieron ser resueltas por el personal de enfermería de las consultas, precisaron de consulta con el especialista de digestivo, derivó en gestión de citas u de hospital médico.
- .- Recoger el feedback de los pacientes con un sencillo cuestionario para conocer si les resulta de más fácil acceso a tener una consulta no presencial con el proceso implantado.
- .- Calcular el ahorro de visitas presenciales realizado con esta atención telefónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- .- Abril 2019: Diseño del soporte en papel a entregar al paciente con la información de cómo acceder al contacto de la consulta telefónica.
- .- Abril-junio 2019: Realizar sesiones de formación con el personal de enfermería tanto de consulta como de hospital médico.
- .- Abril-mayo: Reunión presencial con el personal administrativo de gestión de citas para evaluar cómo es la mejor manera de registrar esta actividad asistencial.
- .- A partir de mayo 2019: registro pormenorizado de todas las llamadas atendidas con especificación de su motivo y solución final.
- .- A partir de octubre 2019: comenzar a analizar la información obtenida del registro.

Proyecto: 2019_0848 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**ORGANIZACION DE LA GESTION Y RESOLUCION PRACTICA DE LAS CONSULTAS TELEFONICAS EN
PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SECTOR DE BARBASTRO**

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión del papel informativo para los pacientes con enfermedad
Registro en papel de las consultas telefónicas recibidas.
Generar un código adecuado para el registro informatizado de esta actividad asistencial.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1125 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDICACION DE SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

2. RESPONSABLE PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· HARB SAID YAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· ARELLANO CARRERA ROCIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· CLAVERIA CLAVERIA GRAZIELLA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· VINALES CHUECA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· CUDINACHS SAMPIETRO MARIA. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente las exploraciones endoscópicas que llevamos a cabo en el servicio de digestivo se realizan bajo sedación moderada o profunda con propofol que en este caso puede ser administrado por los facultativos de aparato digestivo o bien por el servicio de anestesia si el paciente no cumple una serie de criterios médicos. Esta sedación comporta una serie de riesgos para el paciente entre los que se encuentran la depresión respiratoria, broncoaspiración o parada respiratoria, potencialmente mortales, por lo que es necesario una correcta valoración de las características físicas del paciente y de sus comorbilidades.

En el momento actual, recibimos solicitudes desde atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como de pacientes ingresados, donde no se valoran correctamente dichas comorbilidades, lo que conlleva que se cite al paciente para sedación por parte de digestivo sin tener en cuenta las indicaciones de sedación por anestesia, lo cual provoca un aumento de los riesgos de la sedación y una demora en la lista de espera de endoscopia puesto que estos casos en los que no cumplen los criterios no se puede llevar a cabo la exploración y es necesario reubicar al paciente en otro día.

Con este proyecto, pretendemos validar un formulario para ofrecer una herramienta rápida y sencilla para realizar una correcta valoración del paciente y derivarlo al servicio de anestesia o digestivo en función de sus indicaciones de sedación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principalmente buscamos desarrollar y validar un formulario donde se expliquen las indicaciones absolutas para una sedación bajo control por parte del anestesista, que comporte la participación del servicio de anestesia y digestivo del hospital de Barbastro.

Con este protocolo buscamos mejorar la atención al paciente durante dichos procedimientos bajo las máximas condiciones de seguridad y optimizando los recursos del hospital y la calidad de las exploraciones teniendo en cuenta una serie de objetivos que serían:

- Validar un formulario conjunto con el servicio de anestesia para una correcta valoración de las indicaciones de sedación.
- Disminuir la proporción de pacientes mal indicados para sedación al servicio de aparato digestivo.
- Disminuir las complicaciones en endoscopia digestiva relacionadas con la sedación.
- Facilitar desde atención primaria y especializada el acceso a las consultas de anestesia para su valoración.
- Optimización de los recursos en sedación endoscópica.
- Optimización del uso de los quirófanos para realización de exploraciones endoscópicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realización de un formulario y validarlo conjuntamente con el servicio de anestesia y reanimación con las indicaciones para sedación por parte de dicho servicio.
- Facilitar el acceso mediante intranet al formulario para atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como en hospitalización.
- Acceso fácil a la consulta por parte del servicio de anestesia y reanimación.
- Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo en caso de duda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % pacientes sedados por parte del servicio aparato digestivo.
- % de pacientes sedados por parte del servicio de anestesia
- % pacientes mal derivados a sedación por el servicio de aparato digestivo
- % de complicaciones relacionadas con la sedación en pacientes que no cumplen los criterios necesarios para sedación por parte de digestivo. (primer semestre)
- % de reducción de complicaciones relacionadas con la sedación en el total de las exploraciones endoscópicas (segundo semestre)

Proyecto: 2019_1125 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDICACION DE SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer semestre de 2019:

-Diseño y validación del formulario con las indicaciones de sedación junto con el servicio de anestesia y reanimación.

-Facilitar el acceso al formulario desde intranet.

-Comunicación a atención primaria y especializada del formulario y su uso.

Segundo semestre 2019:

-Puesta en marcha del proyecto y valoración de los indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Desarrollar una vía de acceso rápida y sencilla a la consulta de anestesia y reanimación para la valoración de los pacientes.

-Colaboración por parte del servicio de informática para difundir el formulario.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL AURED DE LA SERNA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LALANA GARCES MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
• CAMO MONTERDE PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
• REILLO SANCHEZ CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
• SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
• BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• PEREZ RALUY ANA. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO
• GRASA CERA CONCEPCION. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tradicionalmente la estimación del grado de fibrosis hepática se ha realizado mediante el análisis de la biopsia hepática percutánea, pero es un método invasivo y costoso y que no está exento de complicaciones. Además la interpretación de la biopsia muestras ciertas limitaciones como la variabilidad individual y el error de la muestra. Por todo ello se han desarrollado métodos no invasivos de predicción de la fibrosis hepática tanto bioquímicos como de imagen.

Los objetivos de estos métodos no invasivos son separar la fibrosis significativa de la fibrosis leve, y así seleccionar paciente con fibrosis avanzada que tienen peor pronóstico. Hay que tener en cuenta que su fiabilidad es baja para diferenciar estadios intermedios (F1, F2) por lo que habría que combinarlos con otras técnicas como la elastografía de transición o fibroscan.

Los métodos séricos que vamos a utilizar son dos, el modelo de APRI y el FIB4. El APRI es un modelo bioquímico a partir de niveles de plaquetas y aspartato amino transferasa (AST) que puede predecir la ausencia de fibrosis significativa (APRI < 0,50) o presencia de fibrosis significativa (APRI > 1,5). El FIB-4 está constituido por las plaquetas, ALT, AST y la edad. El FIB-4 diagnostica correctamente los pacientes con fibrosis en estadios avanzados. Estos índices han sido extensamente evaluados en pacientes con hepatitis C crónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El método de evaluación de la fibrosis hepática ha sido la biopsia hepática hasta la utilización en los últimos años de métodos no invasivos: la elastografía de transición/fibroscan y los métodos séricos. El objetivo de este proyecto es la implantación de los métodos séricos en nuestro hospital. Mediante estos índices aquellos pacientes con alteración de la bioquímica obtendrán directamente en la analítica los marcadores séricos APRI y FIB4 acompañados de una breve explicación para su interpretación. Aquellos con riesgo alto de fibrosis serán derivados al Especialista de Digestivo para su estudio y seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Inclusión de los métodos séricos dentro de la sección bioquímica tras validación de los mismos con el servicio de análisis clínicos
-Realización de una hoja explicativa e incluirla en la intranet para su acceso a través de atención primaria o especializada
-Derivación de pacientes con sospecha de fibrosis hepática avanzada a la consulta de digestivo a través de la interconsulta virtual
-Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo y con el servicio de análisis clínicos en caso de duda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% pacientes con alteración de la bioquímica hepática que se les realice el APRI y el Fib4
% pacientes seguidos en consulta de Digestivo sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite APRI y Fib4 y se les realice
% pacientes seguidos en consulta de Medicina Interna sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el Fib4 y se les realice
% de pacientes con concordancia en la clasificación según ambos índices.
% Porcentaje de pacientes con grado de fibrosis elevado (F3-F4) que son derivados, evaluados y atendidos en consulta de digestivo.
% de pacientes con esteatohepatitis no alcohólica diagnosticados de fibrosis avanzada a partir de la incorporación de marcadores serológicos a los que se les ha realizado a posterior una biopsia hepática

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer semestre:

Inclusión en la bioquímica general de los índices séricos.

Establecer puntos de corte en dependencia del tipo de paciente para poder clasificar el grado de fibrosis. Comunicación con primaria y especializada para conocer la implantación de los nuevos índices séricos y su interpretación.

Segundo semestre:

Puesta en marcha del proyecto.

Proyecto: 2019_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Al final del semestre valoración de los indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración por parte del servicio técnico informático del programa Modulab para poder incluir los índices séricos APRI y Fib4.
Desarrollar un acceso a la consulta de Digestivo de pacientes con fibrosis avanzada no conocida para su estudio y posterior control.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTION DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO. SECCION DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA COSCOJUELA QUIROGA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHARRO CALVILLO MARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- PEREZ RALUY ANA. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- GRASA_CERA CONCEPCION. TCAE. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- CAREÑO GARCIA SOFIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

Todos los días se realizan numerosos procedimientos endoscópicos y en muchos de ellos, como parte del estudio del paciente, se obtienen muestras para su análisis anatomopatológico. También es creciente la extirpación de lesiones premalignas en programas tan eficaces y extendidos como es el de cribado de cáncer colorrectal. Así pues, es fundamental sistematizar la anotación detallada de las muestras obtenidas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto se dirige a todos los pacientes a los que se realiza una endoscopia digestiva con la toma de muestras o resección de lesiones mucosas. Se espera conseguir sistematizar y homogeneizar el registro en papel, de las muestras obtenidas en cada endoscopia, para mejorar la redacción exacta del informe de dicho procedimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- .- Elaboración de un documento que resulte sencillo y rápido de cumplimentar durante la propia exploración endoscópica, que recoja los ítems fundamentales para identificar correctamente las muestras obtenidas.
- .- Divulgación de dicho documento a todos los componentes de la unidad de endoscopias digestivas.
- .- Añadir modificaciones a dicho documento según se observen puntos de mejora con la utilización del mismo y aportaciones que puedan resultar útiles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- .- Evaluar si al personal auxiliar de enfermería le resulta ágil la cumplimentación del documento.
- .- Revisar en una muestra representativa de informes endoscópicos si se encuentra adjunto el documento elaborado, demostrándose así su implantación en el servicio como una rutina más.
- .- Encuestar al personal médico endoscopista de la unidad, si les resulta de valor el contar con el documento para realizar el informe de forma más precisa y minimizando los errores que pueden derivarse de la realización de varias endoscopias seguidas durante la jornada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril-Mayo 2019 ...Elaboración del documento en el servicio de endoscopias por el personal implicado.
Mayo-Septiembre 2019...Distribución de dicho documento en las distintas salas de trabajo, de forma que resulte accesible su uso en el curso de una exploración endoscópica. Asegurarse de que todo el personal es conocedor del documento y recogida de aportaciones y mejoras.
Octubre de 2019...comenzar la evaluación de resultados con la encuesta de los facultativos endospistas y revisando hospital para comprobar si se ha adherido el personal la utilización del nuevo documento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

impresión del nuevo documento

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANIRATIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIEMTOS

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUELLO ACIN DANIEL. INGENIERO/A. H BARBASTRO. MANTENIMIENTO
· VARELA LEMUS ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· PESQUER VILA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCC
· BALLABRIGA GONZALEZ MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· MUÑOZ MUR EUGENIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. SUMINISTROS
· CABRERO LASIERRA JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Las alertas o situaciones que requieren especial vigilancia o atención por sus potenciales consecuencia son frecuentes en el ámbito sanitario. Las referidas a productos sanitarios tienen una frecuencia elevada y una temática diversa. Con este motivo se debe de generar un circuito para tratar de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones para asegurar que las alertas lleguen a sus destinatarios, evitar redundancias, poner en marcha las medidas necesarias cuando sean precisas y llevar un registro necesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Registro de datos . % de alertas registradas/alertas recibidas =100%
Resolución de alertas %de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Marzo. Reunión del equipo motor lluvia de ideas
Abril. Reunión para realización del protocolo
Mayo Reunión para realización de los hojas de registro y modo de registro
Junio Presentación del protocolo definitivo a la Unidad del calidad del Sector para su aprobación
Septiembre-Diciembre Difusión al protocolo e implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de alertas registradas/alertas recibidas =100%
%de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 AÑO

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

2. RESPONSABLE ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BURGASE ESTALLO MARIA IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
• BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
• PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• ORTE ALDEA CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
• PUYELO AVENTIN ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un elevado porcentaje de estos pacientes oncológicos presentan algún grado de desnutrición. Así, en el momento del diagnóstico, entre un 30-80% de los pacientes presentan una pérdida de peso involuntaria. En el estudio PREDyCES, que valoraba la desnutrición en pacientes hospitalizados en el territorio español, se realizó un subanálisis de los pacientes oncológicos, que objetivó que el 33,9% se encontraba en riesgo nutricional al ingreso, y la prevalencia aumentaba hasta el 36,4% al alta.

El estado nutricional tiene un importante efecto sobre los pacientes con cáncer. La desnutrición en estos pacientes se ha asociado a una peor calidad de vida, a una menor respuesta a los tratamientos onco-específicos y a una mayor toxicidad, a estancias hospitalarias más prolongadas, y en consecuencia a un incremento de los costes sanitarios. La expresión máxima de desnutrición en el cáncer es la caquexia tumoral, que puede observarse hasta en el 50% de los pacientes oncológicos, y que será responsable directa o indirectamente de la muerte de hasta un tercio de los pacientes con cáncer.

Por todo ello, una detección e intervención precoz para prevenir la desnutrición y la caquexia cancerosa o su empeoramiento es vital para evitar sus consecuencias deletéreas.

En la actualidad, existe una alta variabilidad en la práctica clínica en nutrición que podría afectar al estado nutricional de los pacientes oncológicos. La implementación de protocolos para la valoración del estado nutricional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estudio sobre la prevalencia de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello al diagnóstico.

Diagnóstico temprano de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Valoración nutricional completa en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Abordaje y tratamiento temprano en pacientes con riesgo nutricional elevado en cáncer de cabeza y cuello.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Screening nutricional en consulta de primer día en pacientes con cáncer de cabeza y cuello a través de Test de screening de NRS 2002

En pacientes con screening positivo valoración nutricional a través de Test VSG-GP.

Evaluación y seguimiento nutricional de estos pacientes en la consulta de endocrinología y nutrición.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Estudio de prevalencia de desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Evolución nutricional a través de marcadores nutricionales: peso, IMC, albúmina.

% de paciente que han precisado nutrición artificial

Evolución, complicaciones y mortalidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de reclutamiento de pacientes a partir de marzo 2019-02-20

Evaluación de resultados en enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

REmisión de los pacientes desde ORL

Test de VGS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Proyecto: 2019_0323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0702 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLOBORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DEL DOCENTE

2. RESPONSABLE ALEJANDRA MALO ASO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORRELL BORRELL EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DOMEC LLORET REYES. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. FORMACION
· PUEYO VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BRAVO TRICAS IRENE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITALIZACION
· VILCHEZ BRUNED ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITALIZACION
· ABADIA TORRALBA CONCEPCION. TCAE. H BARBASTRO. HOSPITALIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En numerosas ocasiones los colaboradores de estancias clínicas no conocemos con exactitud ni las habilidades ni los conocimientos que deben adquirir los alumnos que se encuentran realizando prácticas en nuestro servicio dependiendo de los estudios y el curso en el que se encuentran.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Que todo el personal colaborador de estancias clínicas tanto de los alumnos de grado de Enfermería como de Técnico de cuidados auxiliares de Enfermería conozca con exactitud las habilidades y conocimientos que debe alcanzar cada alumno al finalizar su rotatorio dependiendo de sus estudios curso y servicio en el que haya realizados sus prácticas. Disminuir la variabilidad entre los diferentes servicios y docentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear unas pautas basándonos en los objetivos que nos proporcionan tanto las universidades y escuelas de enfermería como los centros de formación de TCAEs.
Distribuir dichas pautas y aclarar las dudas que puedan surgir entre los profesionales donde los alumnos se encuentren realizando sus prácticas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En primer lugar se proporcionará un cuestionario a los futuros colaboradores de estancias clínicas para evaluar los conocimientos que poseen sobre que consideran que deben aprender los alumnos durante su estancia en el servicio y seguidamente se les entregaran las pautas que vamos a realizar para que conozcan con exactitud dichos conocimientos y habilidades.

Una vez los alumnos hayan completado su estancia clínica en el servicio los colaboradores de estancias clínicas volverán a realizar el mismo cuestionario que se les paso previo al conocimiento de las pautas y así podremos evaluar si estas han sido efectivas y por lo tanto nuestros alumnos están aprendiendo lo que consideran en sus centros de formación para su curso y estudios.

También se realizará un test a los alumnos una vez hayan finalizado sus prácticas y así poder valorar si han alcanzado los conocimientos y objetivos esperados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril- junio 2019: Elaboración de formularios y pautas

Septiembre- octubre 2019: cumplimentación de los formularios y difusión de las pautas entre los diferentes colaboradores de estancias clínicas.

Julio 2020: Análisis de los resultados

Septiembre 2020: Exposición de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

No recursos económicos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Estudiantes
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0742 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA FORMULACION MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE PAULA GOMEZ RIVAS
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• SAHUN GARCIA ELISA MARIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La formulación magistral es una de las áreas más representativas del origen de la profesión farmacéutica y constituye una de las actividades en las que el farmacéutico puede aportar su conocimiento tanto galénico como clínico para optimizar el tratamiento de los pacientes. En el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se elaboran tanto fórmulas magistrales como preparados oficinales para cubrir las necesidades terapéuticas de pacientes ingresados, ambulantes y externos.

Además, actualmente la elaboración y dispensación de este tipo de medicamentos está en crecimiento ya que nos permite cubrir lagunas terapéuticas no satisfechas por los medicamentos industriales. La formulación magistral es útil para disponer de alternativas terapéuticas en situaciones de desabastecimiento, enfermedades raras o situaciones clínicas en las que no podemos usar los medicamentos comerciales (dificultades de deglución, dosificaciones pediátricas, etc.)

Según la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, tanto las fórmulas magistrales como los preparados oficinales tienen la consideración legal de medicamentos, y por tanto debemos gestionarlos del mismo modo que cualquier otro medicamento elaborado por la industria farmacéutica.

Tradicionalmente han sido gestionados mediante sistemas manuales y en papel (registros de elaboración y dispensación en papel, recetas manuales, etc...) debido a su carácter de "medicamento artesanal" y elaboración al momento según demanda.

Este proyecto de mejora pretende incorporar la gestión completa de la formulación magistral (prescripción, elaboración, gestión de stocks y dispensación) al sistema informático de gestión del Servicio de Farmacia, de modo que todo medicamento elaborado en nuestro Laboratorio de Farmacotecnia pueda ser prescrito electrónicamente o solicitado informáticamente en los pactos de botiquines.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Estandarización de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados en el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro
- Definición de stocks máximos y mínimos de cada producto, aumentando la calidad y seguridad en la elaboración
- Prescripción electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la prescripción
- Dispensación electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la dispensación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia en los últimos 10 años
- Confección de un listado de fórmulas magistrales y preparados oficinales a elaborar por el Servicio de Farmacia
- Creación de la ficha de cada medicamento en el programa Maestro de gestión de medicamentos (Farmatools)
- Creación de las fichas de los principios activos y excipientes (reactivos) necesarios para la elaboración de las fórmulas magistrales y preparados oficinales, en el Maestro de Gestión de medicamentos.
- Definir las características, composición, condiciones de conservación y validez de cada fórmula magistral y preparado oficial en el programa de "Mezclas" de Farmatools.
- Establecer el procedimiento para la generación del stock elaborado en el programa de "Mezclas" de Farmatools
- Adaptar los procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales al nuevo sistema de gestión informatizada
- Inclusión de los preparados oficinales más usados en cada unidad de enfermería en sus correspondientes pactos de botiquín.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº fichas de fórmulas magistrales y preparados oficinales creados/ Total de fórmulas y preparados estandarizados

Nº de preparados oficinales incluidos en pactos de botiquín y nº de pactos modificados

Proyecto: 2019_0742 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA FORMULACION MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA

Adaptación de procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales SI/NO

Nº de fórmulas magistrales y preparados oficinales gestionados informáticamente/ total de fórmulas y preparados estandarizados dispensados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primer trimestre: revisión y listado
- Segundo trimestre: creación de fichas y definición de características en Famatools
- Tercer trimestre: modificación de los procedimientos de prescripción y dispensación
- Cuarto trimestre: Evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACION PCH-FARMATOOLS-PYXIS

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SAHUN GARCIA ELISA MARIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• EITO CUELLO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
• GRIABAL GRACIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
• OTTO NOGUERO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
• SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Urgencias supone la puerta de entrada de los pacientes a la atención especializada, y por ello tiene un papel estratégico en la gestión de los pacientes que posteriormente ingresan en el hospital.

Actualmente el Servicio de Urgencias dispone del aplicativo PCH en el cual pueden introducirse tratamientos de manera electrónica. Sin embargo, no se trata de un sistema PEA ya que la prescripción se introduce en un campo de texto libre, lo que supone un riesgo de errores, duplicidades y prescripciones que no se adecúan a la guía farmacoterapéutica. También dispone de una estación de dispensación automática de medicamentos (PYXI) no integrada con el programa de prescripción.

Para que la reciente implantación del sistema PEA Pressalud® en la unidad de medicina interna de nuestro centro resulte eficiente, se ha puesto de manifiesto la imperativa necesidad de que a los pacientes que ingresen desde el Servicio de Urgencias les sean prescritos los tratamientos desde el propio Servicio de Urgencias utilizando la PEA, evitando así que el internista de guardia deba asumir la transcripción de tratamiento desde el papel al llegar a planta.

Además, disponer de un sistema de prescripción electrónica en urgencias ligado a la guía farmacoterapéutica del centro presenta otras ventajas como: la adecuación de los tratamientos a los medicamentos disponibles en el hospital, disponer de las dosis, formas farmacéuticas y alertas por duplicidad y alérgicas, así como otras alertas definidas en las bases de datos de farmacia.

Sin embargo, la implantación en el Servicio de Urgencias supone un gran reto, fundamentalmente por la premura con la que debe actuarse, razón por la cual las horas de administración pueden ser diferentes a las de las plantas de hospitalización y es mayor el número de protocolos que se manejan en esta unidad. A parte de esto, se suman dos retos informáticos/logísticos: por un lado combinar no sólo PCH con Farmatools® sino con la plataforma Pressalud® desde la cual se trabaja en las plantas de hospitalización, y por otro la integración del sistema con los PYXIS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mediante la integración de PCH con Farmatools®/Pressalud® que se realizará con este proyecto se espera que la prescripción de los tratamientos desde urgencias y su transición a planta tengan una mayor eficiencia y seguridad. Esta intervención recaerá sobre los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y que sean subsidiarios de ingreso hospitalario en nuestro centro.

El proyecto que se desarrollará fundamentalmente en el Servicio de Urgencias tendrá repercusión en el resto de Servicios y Unidades que constituyen la hospitalización y principalmente en el Servicio y Unidad de Medicina Interna que trabaja desde 2018 con prescripción electrónica.

Objetivos del proyecto:

- Integración entre PCH y Farmatools®/Pressalud®
- Adaptación de la PEA a las características del Servicio de Urgencias
- Formación del personal de urgencias y adaptación de los circuitos.
- Formación del personal de farmacia y adaptación de los circuitos.
- Evitar transcripciones innecesarias e ineficientes por parte de los farmacéuticos y médicos de guardia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A continuación se describen las actividades previstas:

- Revisión de las opciones de parametrización del programa Farmatools® y adaptación al Servicio de Urgencias.
- Creación de protocolos
- Definición de nuevos circuitos de trabajo
- Sesiones formativas al personal implicado
- Implantación con presencia del farmacéutico en la unidad
- Seguimiento del proceso de implantación y resolución de incidencias

Para ello será necesario soporte informático tanto a nivel de software como de hardware e impresoras, una vez implantado se decidirá si se precisa actualizar o ampliar los equipos disponibles. Será necesario el soporte de los distintos proveedores informáticos de PCH Farmatools y PYXIS.

Las reuniones se realizarán con el equipo previo a la implantación y durante la misma.

Proyecto: 2019_1150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACION PCH-FARMATOOLS-PYXIS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de reuniones presenciales con la supervisora de Urgencias
- N° de reuniones presenciales con el jefe de Urgencias
- N° de reuniones del equipo
- N° de instrucciones de trabajo/manuales creados
- N° de incidencias reportadas a Dominion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril 2019: Revisión de las tareas previas requeridas por SSCC (adaptación del programa a Urgencias), creación de protocolos e instrucciones de trabajo. Sesiones formativas al personal de la unidad.
- Mayo 2019: Comienzo de la prescripción electrónica en urgencias. (Según incorporación de personal)
- A partir de entonces se mantendrá el proyecto, hasta que se dé por finalizada la fase de implantación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías que acuden a Urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE VALORACION GERIATRICA INTEGRAL PREVIA A CIRUGIA ELECTIVA DE CADERA Y RODILLA

2. RESPONSABLE CLARA BIBIAN GETINO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GRANDE MANJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
· BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· LAGRABA MIGUEL CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La colocación de prótesis de cadera y rodilla son procesos quirúrgicos de complejidad en especial si se llevan a cabo en personas de edad avanzada con comorbilidad. Nuestro proyecto se basa en la puesta en marcha de una consulta de alta resolución que permita realizar adecuación farmacológica, identificar factores de riesgo de complicaciones perquirúrgicas y diseñar un informe para el ingreso en el Servicio de Traumatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la atención y seguridad en los pacientes pendientes de cirugía electiva de prótesis de cadera y rodilla

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Redacción de una carta explicativa del proyecto para los pacientes mayores de 70 años que figuren en la lista de espera para cirugía electiva de cadera y rodilla.
2. Envío, mediante correo ordinario, de dicho documento a los pacientes interesados.
3. Diseño de una hoja de valoración integral (clínica, funcional, cognitiva, social y de la fragilidad) para minimizar la variabilidad en la valoración.
4. Puesta en marcha de la consulta (consulta externa de geriatría Dra. Bibián y Dra. Morlans).
5. Redacción de una encuesta de satisfacción para los pacientes implicados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Redacción de la carta SI/NO
Envío del documento al 100% de los pacientes SI/NO
Diseño de la hoja de valoración integral SI/NO
Puesta en marcha de la consulta SI/NO
Redacción de la encuesta de satisfacción SI/NO
Satisfacción de "buena" a "excelente" en el 80% de los pacientes implicados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Redacción de la carta y envío de la carta antes del 15 de marzo de 2019.
Diseño de la hoja de valoración antes del 30 de marzo de 2019.
Puesta en marcha de la consulta el 3 de abril de 2019 (consultas externas de Geriatría miércoles- Dra. Bibián y Jueves- Dra. Morlans)

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA. ACTUALIZACION DE TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

2. RESPONSABLE CLARA BIBIAN GETINO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
• BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• GRANDE MANJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
• LAGRABA MIGUEL CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. GERIATRIA
• GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El perfil del paciente subsidiario de cuidados paliativos ha cambiado; muy lejos queda la definición de paciente oncológico en estadio final, abriendo camino en múltiples patologías médicas subsidiarias de tratamiento sintomático. Es por eso necesario un buen abordaje de este paciente, frágil y con diferentes necesidades asistenciales. Creemos por tanto imprescindible actualizar las guías de tratamiento y protocolos intrahospitalarios para mejorar la atención a estos usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la atención al paciente paliativo. Realizar una actualización del tratamiento médico y manejo de este paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar documento con actualización de los tratamientos médicos más frecuentes según síntomas y protocolos de actuación clínica.

Desde la comisión de cuidados paliativos se realizará formación y difusión del documento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Revisión de los tratamientos y protocolos en cuidados paliativos hasta la fecha. (30-09-2019)
- Realización de documento con protocolos, tratamientos médicos más frecuentes según síntomas, vías de administración e indicaciones. (31-12-2019)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio 1 de Abril de 2019.
Fecha prevista de finalización 31 de Diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades oncológicas y no oncológicas paliativas
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

2. RESPONSABLE LORIS ROMERO QUEZADA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- YUS CEBRIAN FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MAIRAL LACOMA BEATRIZ. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- OLIVA ARMISEN JOAQUIN. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ROMERO ARPA MILAGROS. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el año 2018 se planteó la necesidad de renovar los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro puesto que por su antigüedad presentan frecuentes averías comprometiendo la realización de hemogramas lo cual afecta a todo el Sector de Barbastro. Además, como ya se indicó en el proyecto inicial permitirá obtener información más completa sobre parámetros hematológicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En el año 2018 se ha elaborado el pliego de prescripciones técnicas y se han determinado los criterios de valoración acerca de los autoanalizadores, los reactivos y el servicio técnico. Sin embargo, por la presión asistencial fue imposible completar el proyecto quedando pendiente: Publicar las especificaciones requeridas, completar el estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector, la realización del informe técnico, los cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio, la implantación de los nuevos autoanalizadores y su conexión al sistema informático del Laboratorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En el mes de abril se prevé la publicación de las especificaciones requeridas. En mayo estudiar las opciones que se presenten a la convocatoria (sus características técnicas y adecuación a las necesidades del Sector de Barbastro). En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones. En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No necesidades materiales

10. OBSERVACIONES.

Proyecto de seguimiento del proyecto 2018_0349

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0079 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE FLOR YUS CEBRIAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROMERO QUEZADA LORIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MAIRAL LACOMA BEATRIZ. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- CATENA LACOMA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- La transfusión de hemoderivados es frecuente en la práctica clínica habitual, siendo indiscutible su beneficio.
- A pesar del alto nivel de seguridad logrado con innovaciones técnicas incorporadas en casa fase de la cadena transfusional, no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades...). Es necesario considerar en cada caso los riesgos/beneficios de la transfusión.
- Los hemoderivados son bien escasos, y la práctica transfusional puede llegar a ser problemática ya que no existe un verdadero consenso acerca de sus indicaciones y éstas pueden variar en función de la condición clínica del paciente.
- Se ha demostrado que el empleo de guías de transfusión favorece un uso óptimo de la misma, disminuyendo el número de unidades transfundidas de forma innecesaria y mejorando la atención al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Unificar la práctica transfusional en los distintos servicios del hospital.
- Seleccionar el componente más adecuado.
- Evitar transfusiones innecesarias.
- Mejorar el manejo de las reacciones adversas transfusionales (agudas y tardías).
- Aumentar la tasa de notificación estandarizada de las reacciones transfusionales.
- Convertir esta guía en una herramienta habitual en la práctica clínica diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de una guía basada en la evidencia científica disponible sobre la transfusión de hemoderivados.
- Presentación de la guía a nivel hospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Evaluar la adecuación de la práctica transfusional a la guía de indicaciones realizada: nº hemoderivados transfundidos según la guía/nº de hemoderivados totales.
- Determinar las reacciones adversas notificadas, y valorar si su manejo ha sido el más adecuado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 2 meses: Revisión de la bibliografía disponible y elaborar un borrador del documento.
- 1 mes: presentación y revisión del borrador a la comisión de transfusión.
- 1 mes: elaboración de la versión definitiva del documento.
- 1 mes: Publicación de la Guía en la Intranet del Hospital de Barbastro.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías que precisen transfusión de hemoderivados
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y UNIFICACION DE CRITERIOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA A HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· COMPS ALMUNIA DANAE. MIR. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PIEDRAFITA BARRIO LETICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LALUEZA ESCARIO JOSEFINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace algo más de un año, se ha implantado la interconsulta virtual para la valoración y derivación de pacientes de Atención Primaria al servicio de Hematología.
Se ha constatado un aumento de solicitudes de valoración por Hematología con respecto al número de solicitudes previas a la implantación de la interconsulta virtual.
En el año 2018 han sido realizadas por nuestro servicio más de 400 interconsultas virtuales, de las cuales un número importante no correspondía a patología hematológica o no tenían un estudio básico previo a la derivación. Muchas de ellas, por otro lado, no precisan estudio al tratarse de hallazgos analíticos sin relevancia clínica y que, en muchas ocasiones, presentan resolución espontánea.
En el momento actual, no existen criterios estandarizados de derivación de pacientes de Atención Primaria al Servicio de Hematología.
Dada la sobrecarga de trabajo en el Servicio de Hematología, una disminución en el número de interconsultas virtuales y una optimización de los pacientes que se derivaran finalmente a la consulta presencial supondrían una mejora para el Servicio de Hematología, Atención Primaria y un aumento de la calidad de la atención a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer qué patologías, de las derivadas habitualmente a Hematología, no son subsidiarias de ser valoradas por nuestro servicio.
- Valorar qué patologías son las más frecuentemente derivadas, y establecer unos criterios de estudio inicial básico antes de su derivación.
- Disminuir el número de interconsultas virtuales y optimizar las que se realicen, con la intención de que cuando el paciente sea valorado en consulta presencial tenga ya parte del estudio realizado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se revisarán las interconsultas virtuales realizadas en el año 2018, valorando cuáles de ellas son las más frecuentes.
- Se analizarán qué patologías, no correspondientes al Servicio de Hematología, son enviadas a nuestro servicio, realizándose un pequeño informe para su remisión a los Centros de Salud.
- Recomendaciones básicas para el estudio inicial de aquellos hallazgos analíticos, sin o con poca relevancia clínica, antes de ser derivados para interconsulta virtual (por ejemplo, trombopenias leves).
- Realización de unas recomendaciones básicas para el estudio de aquellas patologías derivadas con más frecuencia y que, posteriormente, serán valoradas en nuestras consultas, para adelantar el estudio antes de su consulta presencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Reducción en el número de interconsultas virtuales: (nº IV 2019 - nº IV 2018)/nº IV 2018
- Reducción en el porcentaje de derivación de patologías no hematológicas: (nº patologías no hematológicas 2019/ nº interconsultas totales 2019) - (nº patologías no hematológicas 2018/nº interconsultas totales 2018)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 3 meses: evaluación y tipificación de las patologías derivadas con más frecuencia.
- 3 meses: interpretación de los datos obtenidos y realización de las recomendaciones.
- 1 mes: comunicación a Atención Primaria de los resultados obtenidos e inicio de la implantación de las recomendaciones.
- 5 meses: evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Es necesario que se nos facilite, por parte de quien corresponda, el listado de todos los pacientes atendidos mediante interconsulta virtual en el año 2018.

Proyecto: 2019_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y UNIFICACION DE CRITERIOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA A HEMATOLOGIA

10. OBSERVACIONES.

Rogamos se nos informe de si el proyecto está aprobado o no, de cara a realizarlo en el plazo indicado más arriba.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_1293 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE PILAR RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORA ROLDAN LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· RASO BUERBA TERESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· GAIRIN LACAMBRA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· SAMPER ENCINAS NURIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· ARAZO SOLANA EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· GAIRIN NICOLAU OTILIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guías nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálisis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodiálisis de Barbastro.
-Implementar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Aplicar el sistema de gradación elaborado el año anterior sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.
-Mejorar el trabajo en equipo del departamento de hemodiálisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días de uso del catéter venoso tunelizado)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio Abril 2019.
Fecha prevista de finalización Diciembre 2019.
Implementación del sistema de gradación desarrollado el año anterior por enfermería de hemodiálisis.
Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrología, hasta fecha de finalización.

9. RECURSOS NECESARIOS.

SopORTE papel.
Trabajo de enfermería.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0029 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIERRA CALLAU MODESTO. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H BARBASTRO. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· ANGLES BARBASTRO ROSANA. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H BARBASTRO. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· NAVARRO LAX DAVID. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H BARBASTRO. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· MOLES ARCOS BARBARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· MORA PARDINA TERESA. PSICOLOGO/A CLINICO. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

MasterMind es un proyecto del 7º PM CIP - ICT PSP (GA 621000) que ha evaluado el impacto de la extensión de servicios de cCBT y ccVC (Cuidado Colaborativo con soporte de Videoconferencia entre AP y AE) para adultos con depresión en 14 regiones europeas. El objetivo final ha sido mejorar la calidad del servicio prestado a los usuarios, además de velar por la sostenibilidad de los sistemas de salud.

El servicio de cCBT (Terapia Cognitivo Conductual basada en TICS) se pilotó durante el periodo Octubre2015-Mayo2017. Este servicio se apoyaba en un programa on-line llamado Supera tu Depresión, que incluye contenidos consensuados por profesionales de 4 regiones españolas.

Este programa consta de 8 módulos. Cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.

Durante el periodo Octubre2015-Mayo2017, se incluyeron 140 pacientes. Estos pacientes fueron remitidos tanto por la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro como por varios centros de atención primaria del mismo sector. De estos pacientes, 68 completaron más del 50% del programa. 44 finalizaron el programa completo y 11 no lo completaron pero no presentaban síntomas en el último control. Los indicadores de evolución muestran disminución de sintomatología clínica y mejora en calidad de vida para los pacientes que siguen el programa. Los profesionales y los pacientes que completan el programa se mostraron satisfechos con el servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Actualización técnica de la herramienta para adaptarla al despliegue tras la fase piloto
- Estudio e implementación de políticas de seguridad y confidencialidad con CGIPC
- Estudio técnico y revisión de resultados del proyecto MASTERMIND para la elaboración de plan técnico de despliegue y acciones para presentar a Servicios Centrales de SALUD
- Apoyo y soporte a los centros de salud en los que se plantee la utilización de la herramienta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La finalización del proyecto MASTERMIND y los resultados obtenidos invitaban a la continuación del servicio, pero se planteaban algunos retos que debían despejarse en diferentes fases para garantizar la sostenibilidad del mismo. Los retos principales identificados, eran los siguientes:

- Actualización de la herramienta a versiones más recientes para mejorar su compatibilidad y su seguridad
- Definición de la gestión de perfiles de paciente y datos personales fuera del marco del proyecto
- Definición de las posibles interacciones del profesional y desarrollos asociados a las mismas (posibilidad de seguimiento de paciente, generación de alarmas, acceso a datos personales, figura del centro de contacto,...)
- Despliegue a centros de salud y unidades de salud mental más allá de los que participaron en Mastermind
- Utilización de contenidos (o parte de los mismos) para otros perfiles (estrés, ansiedad, bienestar emocional)

Con estos retos, en el proyecto de mejora se plantean los siguientes objetivos:

- Evolucionar la herramienta (mejorar su compatibilidad, realizar ajustes en la visualización de contenidos y realizar actualizaciones en materia de seguridad) para adecuarla al nuevo contexto y posibles mejoras posteriores.
- Realización de un plan técnico de acción para el despliegue potencial de la herramienta con diversos niveles de funcionalidad e implicación por parte de los profesionales.
- Implementación de la primera fase del plan técnico y despliegue de la herramienta para su uso desde un conjunto de centros de atención primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Disponibilidad de la herramienta para su uso desde fuera de la red del SALUD por parte de pacientes
- Disponibilidad del plan técnico con una propuesta de despliegue por fases y funcionalidades
- Utilización de la herramienta en al menos 5 centros de Atención Primaria de Aragón

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero - Diciembre 2019

Proyecto: 2019_0029 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN
TICS**

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
• GARCES CAMPO BEGOÑA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
• ALEGRE CASTRO MARCOS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
• PIQUERO BERNAD VANESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
• SIERRA MARTIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
• SANZ BERROY ASCENSION. TCAE. H BARBASTRO. UCI
• PIRLA SOLDEVILLA MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad en los pacientes que precisen nutrición artificial (Nutrición enteral o parenteral), de una herramienta que nos ayude a calcular los requerimientos energéticos y de nutrientes, para optimizar el tipo de nutrición y la cantidad que se debe administrar.
Se procederá a la Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que incluya datos demográficos, analíticos y fórmulas de cálculo nutricional según las últimas "Recomendaciones para el tratamiento nutricional especializado del paciente crítico" del Grupo de trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC (Actualización año 2018)
La población diana son los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos que precisan nutrición artificial

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Valorar al ingreso el estado nutricional de los pacientes y si existe indicación de nutrición artificial
- Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que recoga:
- Datos demográficos
- Escalas de gravedad al ingreso: SOFA, APACHE y SAPSII
- Valoración nutricional al ingreso, riesgo de desnutrición: Peso, altura, índice de masa corporal, CONUT, NutricScore
- Datos analíticos
- Cálculo de requerimientos mediante fórmulas recomendadas en las Guías Nutricionales del GTMYN
- En el programa se incluyen los diferentes tipos de nutrición, tanto enteral como parenteral, de las que disponemos en el Hospital
- Con los datos introducidos, el programa calcula los requerimientos nutricionales: tipo de nutrición, cantidad y velocidad que se debe administrar
- Realizar un seguimiento semanal (2 veces por semana), con extracción de nueva analítica de sangre y orina con datos nutricionales para valorar si se debe modificar la nutrición prescrita según la evolución del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Determinar que pacientes van a precisar soporte nutricional
- En estos pacientes, extraer analítica de sangre y orina (perfil nutricional) dos veces por semana y pasar los datos al programa informático
- Según los datos obtenidos (tipo de nutrición y velocidad a la que se debe administrar), se aplica al tratamiento del paciente
- Se modifica según los datos obtenidos en las dos revisiones realizadas cada semana
- Vigilancia de posibles complicaciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los datos se recogen en un hoja de calculo, que permite ver los datos actuales introducidos y los datos anteriores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Es un proyecto de inicio. Durante este año se creará la hoja de cálculo y se empezarán a recoger los primeros datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que incluya datos demográficos, analíticos y fórmulas de cálculo nutricional según las últimas "Recomendaciones para el tratamiento nutricional especializado del paciente crítico" del Grupo de trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC (Actualización año 2018)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología que por su gravedad necesite ingreso en UCI y soporte nutricional
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- MARTINEZ TRIVEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- GAVIN BERCERO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad y, por lo tanto, con posibilidades de fallecimiento. Es esencial identificar a aquellos pacientes en los cuales el cese de la respiración y el latido cardiaco son hechos terminales y en los cuales no debe intentarse ni realizarse la reanimación, para diferenciarlos de aquellos en que la parada cardiorrespiratoria (PCR) es inesperada en el transcurso de un proceso recuperable y en los cuales debe hacerse todo lo posible para remontar la PCR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Que cada paciente ingresado en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología) sea valorado como candidato o no a maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas, en caso que la evolución clínica del proceso haga plantear su utilización.
- Facilitar la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.
- Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermerad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar una hoja de toma de decisiones en la cual quedará reflejada si el paciente es candidato o no a medidas de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas.
- Dicha hoja se ubicará en la historia de dicho paciente, en un lugar visible y de fácil localización.
- Se deberá rellenar al ingreso y, posteriormente, cada siete días o si la situación clínica del paciente se modifica de forma considerable (evolución favorable o desfavorable).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° pacientes con el formulario rellenado / N° pacientes ingresados en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología).
- N° pacientes que, con orden de no RCP, llaman a UCI ante situación de parada cardiorrespiratoria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 abril de 2019 hasta 31 de diciembre de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología crónica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?

2. RESPONSABLE ALICIA V CAMPO SIN
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• CALLEJAS ESCARTIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• PALACIN BUISAN NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• LISA LOPEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• MENDIARA BERBIELA YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• PERA SEIJO IZARBE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
• TRUCO MARRO IRENE. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes críticamente enfermos requieren atención compleja en un entorno tecnológicamente sofisticado donde son altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión, el desarrollo de la lesión por presión sigue siendo un fenómeno multifactorial. Como consecuencia de la complejidad de su atención y la alta carga de la enfermedad, es lógico deducir que los pacientes de la UCI serían altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión. De hecho, la prevalencia de úlceras por presión en la población de la UCI se considera la más alta entre los pacientes hospitalizados.

Las úlceras por presión son generalmente lesiones de rápida aparición y larga, lenta y tediosa curación. Además, un buen número de factores de riesgo para su desarrollo aparecen con más frecuencia o de manera casi exclusiva en los pacientes críticos (ventilación mecánica, uso de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vasoactivos, etc.) La prevención resulta menos costosa (sobre todo para el paciente) y más eficaz que el tratamiento.

En el proceso de la prevención de las UPP, uno de los principales retos que se plantean en el futuro de las UCI es conocer cuál es la incidencia/ factores de riesgo y las actuaciones preventivas aplicadas. Este hecho es apoyado por el fracaso de las escalas de riesgo de UPP (Braden, Norton, etc.) que, utilizadas en la población general hospitalaria, han demostrado escasa capacidad discriminatoria en enfermos críticos.

La mayoría de los trabajos que estudian cuál es la incidencia de la UPP en la UCI no relacionan los factores de riesgo y patología con los cuidados recibidos.

Un nuestra unidad el seguimiento que se realiza es de prevalencia de las UPP según escala de Norton mayor o igual a14.

Por lo que queremos orientar nuestro esfuerzo a intentar primero identificar los factores de riesgo más prevalentes en nuestra unidad, minimizar dichos factores, si es posible, y aplicar las medidas de prevención y los cuidados de enfermería óptimos. Conocer mejor tanto de los factores de riesgo, las medidas de prevención, cuidados aplicados y los resultados obtenidos ayudaran a mejorar nuestros conocimientos, actitudes y estrategias preventivas respecto a las UPP en UCI, y así poder confirmar, si es posible, la incidencia cero de UPP en UCI o en su defecto reducir al mínimo su presencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer la frecuencia de UPP nosocomiales generadas en nuestra unidad

Conocer los factores de riesgo que más influyen en la aparición de las UPP en nuestra unidad

Describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, con relación al tiempo de medición y estadio evolutivo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El estudio se realizara en la UCI del hospital de Barbastro, disponemos de 6 camas polivalentes, los datos se obtendrán de los registros informatizados que dispone la unidad, Centricity Critical Care y el equipo de mejora será el encargado de su realización. Se tratara de un estudio descriptivo prospectivo.

La población a estudio serán todos los pacientes ingresados en la unidad durante el año 2019.

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.

Reunión de los miembros del equipo de mejora para la puesta en común y determinar los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio:

Características demográficas / del paciente,

Factores intrínsecos y extrínsecos,

Factores iatrogénicos

Medidas preventivas adoptadas. Etc.

Elaborar formulario de registro informático para la recogida de datos y posterior análisis informático.

Inicio de la recogida de datos a partir del mes de junio - julio.

Revisión de los resultados obtenidos y valoración de las posibles medidas de mejoras que pudieran adoptarse.

Sesión informativa de los resultados obtenidos en la unidad.

Implementación de nuevas acciones de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes con norton<=14 que han desarrollado LPP habiéndose aplicado medidas preventivas

Proyecto: 2019_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?

% pacientes que presentan dos o más UPP /total de pacientes ingresados
% de pacientes con UPP debidas a dispositivos sobre total UPP
% de UPP en pacientes en relación al uso de drogas vasoactivas, imposibilidad de movilización y estado nutricional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.
Reunión de los miembros del equipo de mejora para determinar los datos a incluir en nuestro estudio. Durante el mes de abril.
Elaborar formulario de registro informático. Mes de mayo, coordinador del proyecto de mejora.
Reunión enfermeras para unificar criterios en la recogida de datos. junio.
Inicio de la recogida de datos mes de junio equipo de mejora.
Revisión de los resultados obtenidos fecha a determinar. Estudio de las posibles medidas de mejora. Equipo de mejora.
Sesión informativa en la unidad. Enero 2020.
Implementación de nuevas acciones.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sistema informático, Centricity Critical Care
Recursos humanos: Miembros equipo de mejora
Programas informáticos Exel y SPSS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

2. RESPONSABLE PATRICIA BAGÜESTE MORAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• CASAUS MAGAÑA PATRICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• ESCALANTE SIERRA ASUNCION. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• BUIL VIÑEC RAQUEL. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
TRADICIONALMENTE LA MEDIDA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO SE CENTRA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD Y EN EL TRATAMIENTO DE LA MISMA, ASÍ COMO EVITAR LA MORTALIDAD; PERO TAN IMPORTANTE COMO ESTO ES EL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL INGRESO. CON FRECUENCIA, Y SOBRE TODO EN PACIENTES AÑOSOS COMO SON LA MAYORÍA DE LOS QUE INGRESAN EN NUESTRO SERVICIO, PODEMOS OBSERVAR, COMO PACIENTES QUE PUEDEN SER DADOS DE ALTA HOSPITALARIA POR PRESENTAR UNA MEJORA A NIVEL CLÍNICO, PRESENTAN DIFICULTADES A NIVEL FÍSICO Y MENTAL TRAS EL INGRESO QUE GENERA UNA DESADAPTACIÓN DE SU ENTORNO PREVIO Y LA DIFICULTAD QUE ESTO GENERA TAMBIÉN PARA LA FAMILIA O PERSONAL RESPONSABLES DE SU CUIDADO. EN EL DESARROLLO DE ESTE DETERIORO FUNCIONAL INFLUYEN VARIOS FACTORES. ENTRE ELLOS: 1. LA SITUACIÓN FRÁGIL DEL ENFERMO, DEFINIDA ENTRE OTROS POR: LA EDAD, EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA PREVIOS, COMORBILIDAD, POLIMEDICACIÓN, MALNUTRICIÓN..; 2. LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD POR LA QUE ESTÁ INGRESADO Y EL TIEMPO DE ESTANCIA QUE ESTA IMPLICA Y 3. PROBLEMAS A NIVEL ESTRUCTURAL/ DE DINÁMICA HOSPITALARIA (CONFINAMIENTO EN CAMA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ...). ESTA DIFICULTAD EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES DEBE SER MANEJADA PRECOZMENTE DURANTE EL INGRESO, CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UNA MEJOR ADAPTACIÓN EN SU ENTORNO AL ALTA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-MINIMIZAR LO POSIBLE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE EL INGRESO
-MEJORAR LA CALIDAD DEL VIDA DEL PACIENTE TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO
-CONCIENCIAR AL EQUIPO SANITARIO DE LA NECESIDAD DE LA MOVILIZACION PRECOZ Y LOS BENEFICIOS DE LA MISMA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REUNIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MÉDICOS, ENFERMERIA, AUXILIARES) PARA IDENTIFICAR LA POBLACIÓN EN RIESGO, PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y OPINIONES ACERCA DE LA SITUACION ACTUAL.
-CLASIFICAR A LA POBLACION QUE INGRESA EN NUESTRO SERVICIO CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL (% PACIENTES GERIÁTRICOS, % ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA), SEGÚN:
*EDAD
*COMORBILIDAD (INDICE DE CHARLSON)
*ESTAR INSTITUCIONALIZADO O NO
*DEPENDENCIA PARA ABVD PREVIA (I. BARTHEL)
-IDENTIFICAR PACIENTES (%) A LOS QUE SE HA APLICADO UNA MOVILIZACION PRECOZ (<48h), EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, COMPARANDO RESPECTO A LOS QUE NO SE HAYA APLICADO DICHO PLAN.
-COMUNICACION DE RESULTADOS CON UNA SESIÓN CLINICA AL RESTO DE PERSONAL DE PLANTA PATA FACILITAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- IDENTIFICAR PACIENTES INGRESADOS CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL: %PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA .
-SITUACION FUNCIONAL EN LA QUE INGRESA EL PACIENTE (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)
-IDENTIFICAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE HA APLICADO LA MOVILIZACION PRECOZ
-TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
- SITUACION FUNCIONAL AL ALTA (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
REGISTRO DE CASOS A PARTIR DE ENERO DE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PATOLOGIA QUE INGRESE EN MEDICINA INTERNA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ALEGRIA FRANCO LANAO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- MEDRANO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- ROMERO HERVAS GLORIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- QUILEZ QUILEZ CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- BUIL VIÑEC RAQUEL. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

1. Análisis de la situación: La mayoría de pacientes que ingresan en nuestra unidad tienen enfermedades crónicas que les hacen reingresar varias veces en un año y les deterioran su capacidad funcional. Ante ello vemos la necesidad de un cambio de paradigma en el proceso asistencial poniendo el foco de nuestro trabajo en la calidad percibida por el paciente y sus familiares en las tres dimensiones descritas por Donabedian: características técnicas, relaciones interpersonales y comodidades de la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo general del proyecto es aumentar los niveles de calidad percibida por los pacientes y sus familiares en el proceso asistencial en la unidad de Medicina Interna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Identificar puntos de mejora del proceso asistencial de la unidad de Medicina Interna
- Planificar y programar acciones de mejora.
- Diseñar la evaluación de dichas acciones.

Para ello el equipo de mejora se reunirá una vez al mes, recuperando de forma bimensual las perdidas en periodo vacacional. Además se realizarán reuniones extraordinarias cuando así sea necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

No procede indicadores por el tipo de proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde el mes de Febrero del año 2019 hasta el mes de Febrero del año 2020 inclusive.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Un espacio físico para las reuniones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades Crónicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0497 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

2. RESPONSABLE LAURA BOLEA LADERAS
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PESQUER VILA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
• BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
• BERROC GRACIA MIREIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
• PIQUERAS PLA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
• MUR LASPALAS SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
• MALO ASO ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo son pacientes que se caracterizan por presentar múltiples patologías crónicas con una elevada complejidad y una importante vulnerabilidad clínica que conlleva una baja calidad de vida, tendencia a un rápido deterioro y a una notable dependencia de familiares y cuidadores. La presencia de anemia es un hallazgo frecuente en estos pacientes, con una prevalencia de al menos el 50% de los pacientes atendidos en consultas en el segundo semestre del 2018, por lo que lo consideramos un problema relevante en nuestro ámbito. Por una parte impacta de una manera clara en su calidad de vida, ya que la presencia de anemia se asocia con múltiples síntomas como debilidad, cansancio, depresión y disnea y por otra parte, se ha establecido como factor pronóstico en determinadas enfermedades crónicas como la insuficiencia cardiaca. En particular, la ferropenia es la primera causa de anemia en la población pluripatológica con múltiples orígenes como la malnutrición, las pérdidas por el tracto gastrointestinal o la malabsorción. Al margen de la búsqueda etiológica, la maniobra inicial suele ser la administración de hierro oral en forma de compuestos de sulfato o gluconato ferroso, sin embargo de manera subjetiva se observa una mala tolerancia por sus efectos secundarios, especialmente a nivel gastrointestinal como las nauseas, el estreñimiento o el dolor abdominal, lo que puede afectar a su adherencia. Si a este factor, le añadimos la cuestión de la velocidad de repleción de los depósitos de hierro, que suele ser lenta en forma de suplementos orales, todo ello hace que la aparición relativamente reciente de compuestos de hierro para su administración intravenosa, sea una opción muy atractiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En primer lugar, se realizará un análisis de la situación en cuanto a prevalencia, causa y etiología, prestando especial interés a la presencia del déficit de hierro, para poder ofrecer la conducta terapéutica más adecuada en función del perfil del paciente con el fin fundamental de mejorar los síntomas de debilidad, cansancio y disnea y por lo tanto, tener un impacto en su calidad de vida e incluso en el pronóstico de estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los pacientes en los que se detecte una ferropenia dentro del estudio y seguimiento habitual que se llevará a cabo en la consulta de la unidad, serán evaluados de cara a la administración de tratamiento con hierro carboximaltosa. Este procedimiento se ofertará en el Hospital de Día de la unidad ubicado en la cuarta planta del Hospital de Barbastro. Para ello se calculará el déficit mediante la fórmula de Ganzoni ($Fe (mg) = peso\ corporal (Kg) \times (Hb\ deseada - Hb\ actual) + hierro\ de\ depósito (500\ mg)$). En función de los requerimientos, se programarán las sesiones oportunas para su administración. Por parte de enfermería, se rellenará un cuestionario que incluirá los datos del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, dirección, teléfono de contacto y número de seguridad social), se realizará toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca y oxígeno mediante pulsioximetría. Si bien es cierto que la frecuencia de aparición de reacciones adversas así como de reacciones alérgicas es baja, se dispondrá de una forma accesible y cercana de todo lo necesario para su manejo incluyendo de todo lo imprescindible para maniobras de reanimación. Se mantendrá en observación al paciente hasta 30 minutos después de su administración y se explicarán posibles efectos secundarios de aparición en las primeras 24 horas a su administración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes revisados en la unidad con anemia (Hemoglobina inferior a 12 gr/dl o hematocrito inferior al 36% en las mujeres y hemoglobina inferior a 13 gr/dl o hematocrito inferior al 39% en los hombres) y dentro de este grupo, el porcentaje de pacientes con déficit de hierro absoluto (Ferritina inferior a 100) o déficit funcional (ferritina 100-200 con IST inferior a 20%). Se analizará en las consultas sucesivas la mejoría de síntomas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A partir del 1 de marzo del 2019 con una duración estimada de 1 año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0497 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

La actividad se realizará en la consulta y el Hospital de Día disponibles en la unidad ubicada en la cuarta planta izquierda del Hospital de Barbastro, que cuenta con capacidad para 3 sillones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALPIN DEMUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROLDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ESCAR FONDEVILA MARIA VICTORIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BROTO GABARRE MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ALIAGA OBENSA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· MUZAS SUBIAS MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· CALVO SANCERNI BEATRIZ. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La percepción de la enfermera sobre la higiene personal en pacientes autónomos ingresados en una planta de Especialidades Médicas muestra un déficit significativo con respecto a pacientes dependientes, cuya higiene está a cargo del personal de Enfermería (Enfermeras y TCAE). El déficit en la higiene de manos y boca en pacientes ingresados con diferentes diagnósticos, pero con movilidad dentro de la habitación/planta, puede ocasionar la transmisión de enfermedades infecciosas, el deterioro de la propia salud, imagen y relaciones de convivencia. Hay evidencia que las enfermedades nosocomiales se transmiten por las manos y de hecho se han realizado campañas exhaustivas de concienciación dirigidas al personal sanitario, pero no se han realizado enfocándolas en el paciente y acompañantes.

Hay un porcentaje de pacientes ingresados, no evaluado, que presentan un déficit higiénico significativo, bien debido a su procedencia social, a la soledad o por efecto de la enfermedad que padece.

La acción enfermera para mejorar esa situación de déficit esta limitada por:

a) El respeto a la condición del paciente y por no herir su sensibilidad.

b) Por la ausencia de un protocolo de higiene personal, y su aplicación sistemática durante el ingreso.

La aplicación de un protocolo de higiene, especialmente el lavado y cuidados de las manos, y la higiene bucal, permitiría:

1. Mejorar autoestima, autoimagen y estado de salud del paciente.
2. Mejorar la salubridad y la convivencia en nuestra unidad de hospitalización.
3. Reducir la transmisión de infecciones nosocomiales, entre otras medidas de protección.
4. Realizar un proceso educacional que pueda tener continuidad tras el alta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Implementar medidas de higiene personal y salubridad en pacientes autónomos ingresados en una planta de hospitalización
2. Desarrollar un protocolo de actuación de Enfermería con respecto la higiene de los pacientes autónomos.
3. Aplicación inicial en la Unidad de Enfermería de Especialidades, con extensión posterior al resto del hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Diseño y elaboración de un díptico informativo para entregar a los pacientes a su ingreso en planta, con las pautas recomendadas de higiene personal (documento 2)
2. Identificación del paciente autónomo a partir de la hoja de Valoración Enfermera al ingreso.
3. Valoración de la higiene y cuidado de las manos y boca mediante encuesta y observación (para ello será necesaria la elaboración del documento 1).
4. Educación para la salud : Informar y convencer al paciente del cumplimiento de las normas explicadas en el díptico informativo y mantener el estímulo diario de higiene personal. (documento 2).
5. Proveer de material: jabón, papel secante y kit para la higiene bucal a todos los pacientes autónomos que no dispongan de ello ni tengan medios para conseguirlos.
6. Evaluar si el programa de educación es efectivo. Evaluación al alta de la higiene de manos y boca mediante encuesta (documento 3).
7. Revisión bibliográfica del tema
8. Difusión de los resultados y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. La cantidad de jabón y pasta dentífrica y papel secante que se gasta en un mes en la planta.
2. Elaboración de díptico (Sí / No)
3. Evaluación al ingreso: % de pacientes con un estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".
4. Evaluación al alta: % de pacientes con estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".
5. Valorar una disminución del 25% de pacientes con "Descuidado/Mal estado de aseo personal" tras la aplicación del proceso educativo.

Proyecto: 2019_0773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El periodo de elaboración y diseño de la actividad comprenderá 1 mes y medio, del 15 de mayo a 30 de junio. Incluirá reuniones semanales del equipo de mejora que elaborará: a) las hojas de evaluación inicial y final, b) la hoja informativa / díptico para la educación del paciente, y c) el diseño de un estudio estadístico de los resultados. La aplicación de la actividad educacional se desarrollará durante 3 meses, del 1 de septiembre a 30 de noviembre. Durante el mes de diciembre se evaluarán los resultados de la actividad, con un informe de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Díptico educativo para el paciente y que servirá de apoyo a la labor de enfermería (200 unidades).

2. Equipamiento de los cuartos de baño de la planta con:

- Jabón para manos, en forma de dispensador.
- Papel seca manos.
- Kit de cepillo y pasta dentífrica para aquellos pacientes que por diferentes motivos no puedan obtenerlo por sí mismos.

10. OBSERVACIONES.

Será satisfactorio para los ingresados y cuidadores disponer de gel y papel secante, para poder realizar el acto más importante para la prevención nosocomial fácilmente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Deficit de higiene personal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0811 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

2. RESPONSABLE INMACULADA PEYRET FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANMARTIN LOBERA PAULA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· ALTEMIR CORTES MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA. TCAE. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· CRUELLAS SATORRES EDUARDO. TCAE. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· MUZAS SUBIAS MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· BUERA PANO LETICIA. TCAE. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· CABRERIZO MUZAS ANA. TCAE. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un intercambio de comunicación productivo y eficaz entre los distintos profesionales del equipo en una planta de hospitalización es básico para una adecuada atención al paciente.

Para fomentar la seguridad a nivel hospitalario, una de las soluciones que propone la OMS es la mejora de la comunicación. Debe ser una comunicación constructiva.

La continuidad en el seguimiento del paciente es primordial para una evolución adecuada de su patología. Nos encontramos en una planta de hospitalización en la que Enfermería realiza turnos de 12 horas y TCAE turnos de 8 horas. Con frecuencia acude personal ajeno a la planta, que realiza sustituciones en días de libranza del personal habitual, cubre situaciones de baja por enfermedad, permisos...

Al no ser siempre el mismo personal, es difícil un seguimiento continuo del paciente, por lo que hemos detectado que se pierde información en los cambios de turno.

Se pretende unificar criterios concernientes a la información básica que se debe dar en el relevo o parte en cada cambio de turno, tanto entre enfermera-Tcae, como Tcae-Tcae y viceversa.

Ha de incidir en las variables que hayan variado de su curso normal dentro del turno, informando de cualquier cambio relevante, cualquier excepción: ayunas, pruebas, intervenciones...

Esto complementa la información que se deja por escrito, de todas las actividades que llevamos a cabo en nuestro proceso de cuidados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir la pérdida de información importante para el proceso de cuidados del paciente, que se pierde en los cambios de turno.
- Mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.
- Mejorar la comunicación entre el personal implicado en la atención al paciente, dentro de la planta de hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseñar una encuesta a cumplimentar por el personal en plantilla de nuestra planta, para verificar el porcentaje de personas que consideran necesario una modificación en la forma de dar el parte en el cambio de turno.
- Reuniones periódicas de los miembros del equipo de mejora para puesta en común y toma de decisiones.
- Revisión y búsqueda bibliográfica de modelos.
- Revisión del formato utilizado hasta la actualidad.
- Elaboración de modelos de parte para transmisión de información
- entre los distintos profesionales.
- Sesión informativa
- Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una encuesta a los miembros del equipo de hospitalización en la que evalúen la efectividad, practicidad, agilidad del modelo utilizado.

Inicialmente se realizará una revisión para cuantificar los errores que se observan con el formato actual de modelo de parte y cifrar el porcentaje de errores observados.

Tras el diseño del nuevo modelo, aceptación e implementación, se recogerá nueva muestra al azar de hojas una vez cumplimentadas, para comprobar el porcentaje de errores y cuantificar la mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: Diseño encuesta previa para definir necesidades.

Abril 2019: Revisión modelo actual para cuantificar porcentaje errores. Cumplimentación encuesta por parte del personal.

Abril a Junio 2019: Acciones de mejora.

Proyecto: 2019_0811 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Junio 2019: Sesión informativa al personal de la planta para difusión nuevo modelo diseñado.
Diciembre 2019: Evaluación del proyecto mediante nueva encuesta al personal de la planta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades crónicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0013 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE PILAR ROBRES GUILLEN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- CATENA LACOMA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
- COSTA CATALAN PALOMA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LOPEZ SANCHEZ BELEN. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GALINDO SERRANO IZARBE. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
- MOREIRA TARDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA MINGUEZ MARIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La actividad del Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas, cuyo diagnóstico depende de la calidad de las muestras clínicas recibidas. Las muestras mal recogidas, conservadas y transportadas de forma inadecuada pueden implicar errores en el diagnóstico y tratamientos inadecuados. La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado, consensuado y disponible para el personal sanitario es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Publicar normas comunes de recogida, almacenaje y transporte de muestras microbiológicas para todos los EAPs (Equipos de Atención Primaria) del Sector
- Optimizar los diagnósticos y hallazgos en el Servicio de Microbiología
- Disminuir los errores y muestras en malas condiciones que llegan al servicio de Microbiología (muestras inadecuadas)
- Mejora de la conservación, almacenaje y transporte de las muestras en los centros de salud
- Mejorar la comunicación entre AP y microbiología, con especial hincapié en las muestras inadecuadas
- Adecuar en la medida de lo posible las neveras de los Centros de Salud y las neveras de transporte

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un grupo de trabajo
- Publicar Manual de recogida y transporte de muestras para microbiología
- Difundir el manual entre los EAPs del sector, extensible a servicios hospitalarios
- Revisar las condiciones actuales de conservación en los CS y transporte de muestras al hospital; así como el material disponible para toma de muestras en los CS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Reuniones del grupo
- Manual publicado
- Sesiones de formación en los CS
- Número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras)
- Número de muestras mal transportadas recibidas tras la difusión del Manual (<2% del total de muestras)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Manual aprobado y publicado: Mayo 2019
Sesiones de formación en los CS: Mayo-Junio 2019
Recogida de indicadores y seguimiento: Julio 2019 a diciembre 19
Evaluación indicadores: Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Técnico de microbiología para la recepción y programación de las muestras de microbiología
- Adecuación de neveras de CS y de las neveras para el transporte.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0013 (Contrato Programa)

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACION MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· OLIVARES CLUSA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· PASCUAL RUBIO MARIA OLGA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· SAMPER ENCINAS NURIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· BUIL TORO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· LARRAMONA BALLARIN RITA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La correcta estimación del peso seco de los pacientes en hemodiálisis es un parámetro de diálisis adecuada. Para su determinación se utilizan habitualmente parámetros clínicos como ganancia de peso interdialisis, presencia de hipertensión y episodios de hipotensión intradiálisis entre otros.
El estado de sobrehidratación conlleva mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes y un estado de deshidratación excesivo puede producir sintomatología que afecte gravemente a la vida diaria del paciente. Por ello, se han desarrollado métodos adicionales, como la bioimpedanciometría, para ayudar al clínico a detectar pequeños cambios de volemia y a predecir de una forma más objetiva el peso seco del paciente.
En nuestra Unidad de Hemodiálisis de Barbastro, debido a la edad de nuestros pacientes, que dificulta la adecuada estimación del peso seco, se han objetivado estados de sobrehidratación en los últimos meses.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del estudio es la implementación de la bioimpedancia en la Unidad de Hemodiálisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de bioimpedancia a los pacientes de hemodiálisis en la sala de sesiones de hemodiálisis por los D.U.E de hemodiálisis. Evaluación de resultados y ajuste de peso seco por los facultativos de Nefrología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluar el impacto de la utilización de bioimpedancia en nuestra Unidad.
Número de pacientes a los que se realiza dicha técnica con la consecuente adecuación de hidratación y ajuste de peso posterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: Marzo 2019
Fecha prevista de finalización-revisión: Diciembre 2019, periodicidad anual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Bioimpedanciometro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA RUBIO RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VEGA VIDALLE CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· GARCIA HERVAS MARIA AMELIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· GAIRIN LACAMBRA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· MORA ROLDAN LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· RAMOS ESPAÑOL PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se estima que entre un 28 y un 53% de las fístulas arteriovenosas (FAV) una vez realizadas, no maduran lo suficiente para su uso en HD. Una maduración insuficiente de la fístula arteriovenosa nativa (FAVn) puede aumentar la incidencia de las complicaciones relacionadas y reducir su supervivencia. La mayor parte de los cambios hemodinámicos y morfológicos tras la realización de la FAV se producen durante las primeras 2-4 semanas. A partir de esa fecha, en los casos de FAV inmadura se produce un descenso progresivo del flujo, susceptible de complicaciones. Un tratamiento precoz de las lesiones subyacentes puede aumentar en un 47% la probabilidad de maduración del acceso. Se recomienda la revisión a las 4 semanas tras el acto quirúrgico y se considera un indicador de calidad del proceso de atención a la FAV.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un control clínico de las FAV de reciente realización en las 4 primeras semanas tras su realización en pacientes de:

-consulta de enfermedad renal crónica avanzada.

-del Servicio de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro, que han iniciado diálisis mediante otro acceso vascular.

-Efectuar el diagnóstico precoz de FAVi inmadura y trombosis en una FAVn de reciente realización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Exploración física de la FAVi dentro de las primeras 4 semanas tras su realización. Se valorará: el grado de desarrollo, existencia de soplo y frémito, pulsos distales, temperatura y edema de la extremidad y retirada de puntos cuando sea preciso. Se ajustará tratamiento para control de la tensión arterial con el objetivo de evitar episodios de hipotensión.

-En caso de duda sobre su funcionamiento o desarrollo insuficiente evidenciado mediante la exploración física de la consulta, se efectuará una ecografía doppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Indicador de PROCESO: Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización)

-FAV realizadas que han sido revisadas a las 4 semanas de su realización x 100 / todas las FAVn realizadas en la unidad. (%). Estándar de proceso al menos 90%.

-Indicador de RESULTADO: Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento

1. FAVn radiocefálica: FAVn radiocefálica trombosada a los 30 días x 100/ total de pacientes a los que se les realiza FAVn radiocefálica. (%). Estándar de proceso menos 35%.

2. FAVn proximal utilizando la arteria humeral: FAVn proximal trombosada a los 30 días x 100/total de pacientes que a los que se le realiza FAVn proximal. (%). Estándar de proceso menos 25%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio marzo 2019. Fecha prevista de finalización febrero 2020.

Desarrollo del sistema de evaluación ambulatoria por Enfermería de Hemodiálisis y FEA de Nefrología del Hospital de Barbastro (marzo 2019)

Realización del sistema de evaluación ambulatoria hasta fecha de finalización.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_0247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

2. RESPONSABLE MARIA AMELIA GARCIA HERVAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VEGA VIDALLE CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
- ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) tiene una elevada mortalidad que se acentúa a medida que progresa la propia enfermedad, de tal manera que en el estadio 4-5 la mortalidad es hasta 20 veces mayor que en estadios precoces. Esto justifica la creación de la Unidad de enfermedad renal crónica avanzada para poner especial atención en el periodo de mayor mortalidad. En la Unidad ERCA se deben cubrir los mismos objetivos que en cualquier otro estadio de la ERC, como son el diagnóstico etiológico, el enlentecimiento de la progresión, el manejo del riesgo vascular y la comorbilidad, así como desarrollar iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Se debe asegurar la preparación de los pacientes para el inicio de la terapia sustitutiva renal a tiempo y con suficiente antelación, promover los tratamientos domiciliarios, así como el autocuidado del paciente. También abordar el trasplante de vivo pre diálisis y/o la inclusión en lista de espera de cadáver lo antes posible, si éste está indicado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de la implantación de una consulta de Enfermedad renal avanzada es enlentecer la progresión de la enfermedad renal, controlar los factores de riesgo cardiovascular, disminuir la comorbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Así mismo, la preparación del periodo de transición hasta el tratamiento sustitutivo renal o el trasplante de vivo /donante cadáver según esté indicado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Seguimiento de parámetros clínicos y analíticos para asegurar el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular y la disminución de progresión de la enfermedad renal.
2. Informar a pacientes, familiares y cuidadores sobre medidas nutricionales evitando la malnutrición que caracteriza a estadios avanzados de la insuficiencia renal y evitando la ingesta de determinados componentes que tienen disminuida su eliminación renal.
3. Informar a los pacientes y familiares de las distintas opciones de tratamiento sustitutivo renal, tratamiento conservador o trasplante renal prediálisis, facilitando la toma de una decisión compartida.
4. Formación de enfermería.
5. Reuniones conjuntas de FEA de Nefrología con DUE.
6. Preparación de material gráfico y audiovisual.
7. A la espera de que se nos conceda un sitio físico para la ubicación de la consulta médica junto a la de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Parámetros clínicos :

Edemas, disnea, prurito (valores : ausencia =0, presencia =1)

Cifras de TA: (valores TA<150/90 = 0, TA>150/90 = 1)

Parámetros analíticos:

Hemoglobina(valores entre 10.5-12 g/dl =0, menor de 10.5 ó mayor de 12 =1)

PTH(valores 300 ng/ml =0, mayor de 300 ng/ml=1)

Calcio (valores 8.5-10 mg/dl =0, menor de 8.5 ó mayor de 10 =1)

Potasio (valores entre 3.5 -5 = 0, mayor de 5 = 1)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Continuación del proyecto.

De marzo de 2019 a marzo de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0656 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La prevalencia media de esclerosis múltiple es de 100 pacientes/100.000 habitantes. En los últimos años la cantidad de tratamientos modificadores de la enfermedad y sintomáticos ha aumentado de forma significativa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar hoja informativa sobre los diferentes tratamientos en esclerosis múltiple adaptada a los pacientes con el objetivo de que conozcan las diferentes posibilidades terapéuticas que pueden ofrecerse

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de hoja informativa

En momentos de inicio o cambio de tratamiento se aportará dicha hoja informativa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de hoja informativa S/N

Satisfacción del paciente escala 0 a 10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Junio-Septiembre 2019 realización de hoja informativa

Octubre 2019-Marzo 2019 distribución de hoja informativa y medición de satisfacción del paciente

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos habituales informaticos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT)

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad cerebrovascular es una de las primeras causas de mortalidad, y la primera de discapacidad, en adultos. Actualmente existen pocos datos precisos sobre la incidencia y la prevalencia del ataque isquémico transitorio (AIT), pero su importancia epidemiológica radica en que el AIT es un factor predictor de enfermedades vasculares, y en concreto de ictus; la prevalencia estimada de AIT previos en pacientes con ictus ha sido de entre el 7% y el 40%. La atención médica urgente de un AIT reduce el riesgo de sufrir un ictus significativamente a corto plazo. Los factores de riesgo para presentar un AIT son los mismos que en el ictus; la incidencia del AIT también aumenta notablemente con la edad. Una evaluación diagnóstica adecuada de un paciente que sufre un AIT, permitirá iniciar precozmente medidas preventivas individuales que reduzcan el riesgo de desarrollar más eventos vasculares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Valorar a todos los pacientes diagnosticados de probable AIT tanto desde el servicio de urgencias como atención primaria en un tiempo de menos de dos semanas en las consultas de Neurología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El paciente una vez identificado de la patología AIT, se solicita un duplex TSA cuy realización se hace en menos de dos semanas. Ya comprometido el servicio de radiología identificando el paciente como Vía AIT. Por parte del servicio de urgencias nos imprimen el informe de urgencias y a través de celador llega a nuestras consultas y se da cita en menos de 15 días con el duplex realizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se va a establecer la consulta vía AIT, con una media esperable 6 pacientes al mes, que se cumple la realización del estudio básico con duplex y neuroimagen basal, y se aplica tratamiento de prevención para nuevos eventos o para el ictus. Se decide ampliar estudio con otras pruebas según el perfil clínico cuya realización se cumple en el plazo máximo de 2 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La consulta se ha iniciado este año y se creará de manera indefinida para valorar resultados, y se hará un registro de los AITs valorados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS)

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - CASTELLA SEGARRA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - MARTI GAMBOA SABINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - LATRE SASO CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La histerectomía, es la operación programada más realizada en el servicio de ginecología, que se utiliza en el tratamiento de diversas patologías ginecológicas tanto benignas como malignas. Esta se puede realizar por diversas vías (abdominal, vaginal o laparoscópica).

En el 2018 en el Hospital de Barbastro se realizaron 74 histerectomías programadas. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97% y el 22.97% por vía laparoscopia. La edad media de las pacientes fue de 57 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días. El 5.41% reingreso/reintervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Potenciar la cirugía segura para disminuir las complicaciones post-histerectomías.
- Valoración exhaustiva de la paciente prequirúrgicamente (indicación, vía, analíticas y tratamientos si precisa) con el objetivo de operar a las mujeres en las mejores condiciones posibles.
- Disminuir los días de estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones.
- Actualización de las vías clínicas de histerectomías.
- Disminución de tasas de conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica. Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía. Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas. Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio. Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios. Estandarización en tratamientos de anemia. Unificación en el manejo en caso de complicaciones. Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas. Revisar las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta. Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Analizar el 100% de las histerectomías programadas durante el 2019. Se obtendrán las siguientes variables: Edad, motivo de indicación, vía, IMC, Hemoglobina previa y posterior a la cirugía, días de estancia, transfusión sanguínea, hierro endovenoso, complicaciones, reingresos y reintervenciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto incluirá la revisión y seguimiento de todas las pacientes a las que se les ha realizado una histerectomía programada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, se examinarán todas historias clínicas individualmente. En marzo-abril 2019 se actualizarán las vías clínicas de las histerectomías y se colgarán en la intranet para que el servicio este unificado. En mayo 2019 se revisan los datos obtenidos (mitad de proyecto) y se comentará en sesión de ginecología. En enero 2020 se concluirá la revisión de todos los casos y el análisis de los mismos. En enero-febrero 2020 se comunicarán los resultados en sesión del servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Historias clínicas de cada paciente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS)

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

2. RESPONSABLE RAQUEL BERDALA CLEMENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CASTELLA SEGARRA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Des de 2013 observamos una tasa de inducciones al parto en nuestro servicio que se ha ido elevando paulatinamente. En los años 2017 y 2018 esta tasa ha sido del 30%, muy por encima del 15% que recomienda la OMS. En el año 2018 hemos iniciado un proyecto de mejora para definir las causas de esta situación e intentar corregirlas ya que el inicio no espontáneo del parto conlleva mayor medicalización y tiene una tasa de cesáreas mayor. Hemos observado sobretodo una alta variabilidad clínica que es el objetivo del proyecto de mejora en el segundo año.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Es un proyecto dirigido a todas las mujeres que realizan el seguimiento del embarazo y el parto en el Sector Barbastro incluyendo el hospital y los centros de especialidades de Monzón y Fraga. Se revisará la efectividad de las medidas aplicadas en el 1º año del proyecto como la mejora en el registro de las inducciones en el libro de partos del servicio y la revisión realizada en los protocolos implicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión del protocolo sobre métodos de inducción. Revisión de la base de datos del servicio. Sesiones informativas a los profesionales actualizando los protocolos de rotura prematura de membranas, preeclampsia y gestación cronológicamente prolongada que son las indicaciones mas frecuentes de inducción. Comentario en sesión de todas las inducciones programadas fuera de protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tasa de inducción. Tasa de parto instrumentado en inducciones. Tasa de cesárea en inducciones. Tasas de inducción por indicaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

3 años, es el 2º. Enero-diciembre 2019. Sesión informativa para el servicio de datos preliminares en junio-julio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

El control de las indicaciones en las inducciones puede mejorar la atención al parto y disminuir la tasa de cesareas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

2. RESPONSABLE MARTA CASTELLA SEGARRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILLANES GALLINAT PATRICIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- ONCINS TORRES ROSA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- MARTA CARLO BRUNO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SANZ PUERTOLAS ITZIAR PATRICIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- IBARZ GARCIA-CONSUEGRA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria y en 2018 ya hemos hecho el tercer año de la segunda ronda de cribado. Durante estos 13 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. En 2018 llegamos a una cobertura poblacional del 74,9% cifras recomendadas por la OMS, pero ZBS Binefar está por debajo de la cobertura del Sector (65,1%) y en 2019, proponemos realizar actividades en este centro para mejorar cobertura. Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos. En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP. En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de la población diana al cribado y potenciar la captación y cobertura.

Análisis a los 8 años de cribado con VPH se han diagnosticado 399 lesiones CIN2+ (371 CIN 2/3 y 28 Cánceres Invasores)

46 casos de CIN 2/3 son lesiones con VPH positivo y citología negativa (falsos negativos de la citología) lo que supone que un 12,39 % de casos se han diagnosticado por la mayor sensibilidad del test VPH. Se detectaron 4 falsos negativos para VPH, 2 casos CIN2/3 y 2 Ca. Invasores (Un adenocarcinoma y un Ca. Escamoso). La sensibilidad de la citología en 2018 fue del 86,21% con 4 falsos negativos. La del test VPH del 98,7%. 12 casos se han diagnosticado por persistencia VPH y citologías negativas. La prevalencia de VPH positivos en nuestra población en mayores de 30 años es de un 9,36%. En 2017, en 2018 observamos un incremento hasta el 11,40%, esto puede ser debido a que las matronas de AP realizan controles a mujeres en seguimiento por la consulta de patología cervical. Se han realizado en los 8 años de cribado con VPH 28.387 test (3,548 anuales). En 2018 Atención Primaria realiza el 82,79% de los mismos. La población diana en nuestro Sector para cribado VPH es 24.710 mujeres. Necesitaríamos hacer 4.942 test anuales para cribar al 100% de la población,. El coste del test es de 21 Euros, ello supondría unos 103.782 € anuales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Incrementar la cobertura en ZBS Binefar.
- Implicación de enfermería en la captación de la población diana.
- Evitar desplazamientos a las mujeres al Centro de Salud.
- Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.
- Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería e informáticos.
- Diseñar una historia de patología cervical que se pueda visualizar en todo el sector.
- Realizar las conizaciones con colposcopia dirigida.
- Potenciar consulta de alta resolución para dar resultados y seguimiento.
- Información sobre cribado en el Centros de Salud de Binefar.
- Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.
- Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.
- Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.
- Control de calidad por Anatomía Patológica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo
- Número de test de autotomas realizados
- % de tests positivos en las autotomas
- Número de CIN 3 diagnosticados.
- Numero de Ca invasores diagnosticados

Proyecto: 2019_0308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR.DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019 Formación grupo de trabajo.
Diseñar la historia electrónica y recogida de datos.
Sesiones en Centro de Salud de Binefar.
Charlas formativa a las mujeres en la misma localidad.
En Noviembre evaluación del Proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El ahorro estimado en los 13 años de control de calidad es de 2.991.516€.
En 13 años se han evitado en el Sector, 34.920 citologías totales, unas 2.000 citologías anuales, lo que supone un ahorro de 393.199€.
En ginecología se hacen unas 2.623 citologías anuales menos, se han evitado en los 13 años 34.852 consultas de especialistas. Haciendo menos visitas, se ha incrementado cobertura un 37,6% 3 en 2018
El ahorro de las consultas evitadas por los especialistas supone 2.991.516€, calculándolas al coste que se factura a terceros en el SAS
Las visitas realizadas por las matronas de primaria se han incrementado en unas 7.796 y suponen un coste adicional de unos 233,880€
Se han implementado 28.151 test en los 8 años y se ha incrementado el gasto de unos 591.151€.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0002 (Acuerdos de Gestión)

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

2. RESPONSABLE JESUS FLORIAN GERICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ GARCIA ALBA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LORIENTE MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOPEZ HERNANDEZ MARICELA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BENITO RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Mejoría y continuidad del proyecto presentado en el año 2018 de TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Continuidad de la puesta en marcha del protocolo de guía de actuación integrado entre Servicio de Urgencias y Oncología en paciente con neutropenia febril y tumor sólido de buen pronóstico.
Registro exhaustivo de pacientes con reuniones mensuales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Propagación y divulgación de la guía de actuación inter-servicios.
Creación base de datos de pacientes tratados.
Reuniones mensuales de puesta en común y seguimiento del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de registro de pacientes SI/NO
Evaluación mensual de la selección de pacientes obtenidos. SI/NO
Análisis de las dificultades de la recogida de datos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero a diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0340 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL DEFICIT DE HIERRO Y LA ANEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TUMORES SOLIDOS

2. RESPONSABLE ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· YUS CEBRIAN FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PAUL VILLADER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La anemia y el déficit de hierro son complicaciones frecuentes en pacientes con tumores sólidos; produciéndose como consecuencia del tumor y sobre todo como consecuencia de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, terapias dirigidas..). En general la anemia se asocia con astenia, disminución de la capacidad física y por ende, repercute de forma negativa en la calidad de vida. Así mismo, se ha visto en algunos trabajos que la presencia de anemia en estos pacientes podría disminuir la respuesta al tratamiento oncológico y reducir la supervivencia general.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo primordial es crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico, que podría derivar en un protocolo clínico, con el fin de manejar la anemia y el déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos, de forma conjunta entre los servicios de oncología médica y hematología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividad es la creación de un algoritmo diagnóstico-terapéutico de forma conjunta entre los servicios de hematología y oncología, que podría derivar en un protocolo clínico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador principal: desarrollo del algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo de la anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

Indicador secundario: protocolo del manejo de anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realizar en el año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración entre servicio oncología médica, hematología y farmacia para desarrollo de algoritmo/protocolización.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE VACUNACION CONTRA EL NEUMOCO EN PACIENTES ONCOLOGICOS INMUNODEPRIMIDOS

2. RESPONSABLE JESUS FLORIAN GERICO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAL BALLARIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
- PEREZ AMAYA DOLORES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
- JORDAN DE URRIES MUR MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A pesar del consenso sobre el beneficio de vacunar a los pacientes oncológicos inmunodeprimidos por el beneficio clínico obtenido (en morbilidad y mortalidad), hasta la fecha no se está realizando de forma sistemática; la mayoría de los pacientes oncológicos del área no están vacunados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

vacunar a todos los pacientes oncológicos en tratamiento inmunosupresor con la vacuna Prevenar 13 (única dosis) y la vacuna Pneumovax 23 en su caso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El plan se realizará con la colaboración de los Servicios de Farmacia y Oncología médica y con los centros de salud de Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Vacunar a todos los pacientes en tratamiento inmunosupresor durante el año 2019 adscritos los Dres. Florián y Hernández. Los pacientes vacunados serán incluidos en la historia clínica electrónica. Pacientes con cáncer de mama, SNC y torácicos en tratamiento quimioterápico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Oncología médica (Dr Florián y Dra Hernández). año 2019. Febrero/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con los Servicios de Farmacia hospitalaria, Oncología médica y Primaria (centros de Salud) Aparte de la introducción de los pacientes vacunados en la HCE, se introducirán en otra base de datos (ACCESS) para monitorizar la evolución del plan

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0099 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANÁLISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTE ALDEA CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CORTIZO VAZQUEZ ELOY. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PUYUELO AVENTIN ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BOHORQUEZ BATLLE SOLANGELINA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HOLGUIN MENA CARMEN IRIS. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existe evidencia del aumento en el número de pacientes que necesitan traqueostomía en las unidades de cuidados intensivos, reflejando algunos autores que la incidencia de traqueostomía por ventilación mecánica prolongada aumentó un 200% entre los años 1993 y 2002. Además de traqueostomía en pacientes con intubación prolongada también se puede realizar en pacientes con problemas respiratorios en los cuales se van a realizar cirugías importantes de cabeza, cuello, tórax y cardíacas que se piensa se van a mantener intubados por más de 48 horas posterior a la cirugía y en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico. Todas y cada una de estas situaciones repercuten en el incremento de pacientes portadores de traqueostoma y con esto la necesidad imperiosa de conocer su manejo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocer el nivel de conocimiento del personal de salud en el manejo de la vía aérea a través de una traqueotomía/traqueostomía.
Incentivar y crear expectativas en el nivel de conocimiento teórico práctico en su manejo.
Plantar las bases y conocer el nivel de conocimiento para la elaboración y realización de nuevos talleres de formación en el manejo del paciente portador de traqueostomía/traqueotomía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se llevará a cabo la elaboración de un test y su posterior aplicación al personal de salud de la zona con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento en el manejo del paciente portador de traqueotomía/traqueostomía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de miembros del personal de salud encuestado.
Porcentaje del nivel de conocimiento presentado por el personal de salud encuestado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2018: reunión de equipo.
Julio de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
Septiembre : elaboración de Test.
Octubre: Inicio de aplicación del test.
Enero : Tabular resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Humano
Material Gastable (hojas, papel, impresión).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

2. RESPONSABLE CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CORTIZO VAZQUEZ ELOY. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PUYELO AVENTIN ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las rinoseptoplastias funcionales son aquellas cirugías destinadas a la correcta respiración nasal. Es una cirugía muy realizada en nuestro ámbito hospitalario alrededor de 20 anuales. El postoperatorio en estas cirugías suele ser incomodo por la colocación de tapones para evitar el sangrado y la inflamación y hematomas periorbitales. Además, aunque infrecuente hay pequeño porcentaje menor al 5% de pacientes que sangran de forma postoperatoria. El uso del ácido tranexámico intravenoso es bien conocido en otras intervenciones como las cirugía ortopédicas y las cardiacas reduciendo la inflamación y el riesgo de sangrado posterior. También se ha empleado de forma local inyectando subcutáneamente es fármaco en cirugía como la blefaroplastia con magníficos resultados. El ácido tranexámico se usa ya a nivel nasal en las epistaxis con buenos resultados para corregir los sangrados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Va dirigido a todos los pacientes que se van a someter a rinoseptoplastia funcional con o sin turbinoplastia. Con la inyección local y endovenosa de ácido tranexámico se pretende disminuir el riesgo de sangrado sin taponamiento, disminuir la incidencias de hematomas periorbitales y la inflamación postquirúrgica. De esta manera se conseguiría un postoperatorio mucho más cómodo y seguro de nuestros pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se prescribirá una ampolla de ácido tranexámico i.v. a todos los pacientes que vayan a ser intervenido de rinoseptoplastia funcional y que no tengan contraindicaciones en su uso. Además justo antes de empezar la cirugía y con el paciente dormido se inyectará local un preparado de lidocaína al 2% von adrenalina y ácido tranexámico al 50%. Los recursos utilizados están al alcance en nuestro medio sin tener que emitir más gasto al respecto y siendo una práctica segura.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

A los pacientes se les pasará una encuesta que valore la inflamación, los hematomas periorbitales y la comodidad del postoperatorio y se hará una estadística con el sangrado postquirúrgico si acontece.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

15 Marzo de 2019 a 15 de Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ampollas de ácido tranexámico ya disponibles en nuestro medio habitual

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- FACI ALCALDE ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El dolor es una experiencia emocional desagradable con la que el pediatra se encuentra a menudo en su actividad diaria. Actualmente ya nadie duda que los niños sienten dolor, ni que el dolor como síntoma que acompaña a las enfermedades o a los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, merece un tratamiento independiente al igual que otros síntomas. El tratar adecuadamente el dolor responde no solo a la obligación de aliviarlo inherente a la medicina, sino a los efectos beneficiosos que conlleva su tratamiento como son: disminuir la ansiedad del niño y de los padres, mejorar la adhesión a los tratamientos, y evitar los efectos negativos del dolor como el aumento de la morbilidad, la hiperalgesia y el impacto negativo sobre el desarrollo.

Por estos motivos, se ha decidido solicitar óxido nitroso para procedimientos dolorosos de corta duración a realizar en niños, y elaborar un protocolo adecuado a las necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Administración de sedoanalgesia inhalada en todos los procedimientos dolorosos de corta duración que estén especificados en el protocolo, para todos los niños subsidiarios de realización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará por pediatría un protocolo de uso que será presentado en los servicios de urgencias, anestesia y farmacia, para su valoración. Una vez revisado, se solicitará la compra del óxido nitroso, realizando sesiones de formación posteriormente para adiestrar al personal antes de su puesta en marcha.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes sometidos a procedimientos de sedoanalgesia / pacientes tributarios de recibir sedoanalgesia x 100 (100%), en las condiciones patológicas incluidas en el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realización del protocolo de uso: 3 meses. Reuniones con los diferentes servicios implicados y adecuación del protocolo: 4 meses. Solicitud de inclusión en la cartera de servicios del centro y resolución: no determinado. Sesiones formativas antes de su puesta en marcha: 1 mes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Inclusión en la cartera de servicios del óxido nitroso.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Analgesia y sedación.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION INICIAL, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

2. RESPONSABLE PAULA MARIA BARBERA PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- PALACIO LIESA MIRIAM. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- GOMEZ PORTA LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- LARROYA DOMPER ANA. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- FACI ALCALDE ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- PLANA FERNANDEZ MARIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Pediatría, en el Hospital de Barbastro, atendemos un sinfín de patologías desde los 0 a los 13 años. Estas patologías van desde procesos banales a la atención del enfermo crítico. Atender al paciente crítico pediátrico supone trabajar, en muchas ocasiones, en un entorno desfavorable, con personal poco entrenado, sin todos los medios necesarios, donde no hay tiempo más que para actuar, por lo que requiere tener un adiestramiento previo y pericia. En el Hospital de Barbastro debemos atender a estos pacientes, estabilizarlos, y trasladarlos, ya que no disponemos de UCI-Pediátrica en nuestro hospital. Proporcionar a estos pacientes en estado crítico una atención adecuada y de calidad va a mejorar su evolución y pronóstico. Como, afortunadamente, no es frecuente que los recién nacidos o los niños estén gravemente enfermos, en hospitales como el nuestro el personal sanitario está poco entrenado en la atención al niño grave. Por este motivo queremos desarrollar un proyecto formativo para todo el personal que en algún momento de su práctica profesional puede tratar a un niño en estado crítico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Queremos realizar formación a todo el personal que puede estar involucrado en la atención al niño grave. Este personal serían médicos de urgencias, pediatras, residentes, enfermería, y auxiliares. Además, como exponemos en el punto anterior, en la atención al paciente crítico solo hay tiempo para actuar, por lo que, además de disponer de adiestramiento previo, debemos disponer de información escrita, clara, breve y concisa, que nos facilite la actuación, disponible para el personal en los lugares donde se atienden a estos niños.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para facilitar la formación y, sobre todo, la atención al paciente crítico pediátrico, vamos a realizar protocolos de actuación breves, sencillos de seguir por todo el personal, y muy prácticos. Se realizarán fichas, con las patologías más frecuentes, que incluyan los pasos a seguir en la atención, los fármacos a utilizar, con dosis y formas de preparación y manera de administración. Estas fichas se plastificarán y dejarán, para que todo el mundo tenga acceso a ellas, tanto en el box de críticos de urgencias, en el carro de paros de la planta de pediatría y en el control de Pediatría. Además, se dispondrá de estos documentos tanto en intranet como en los escritorios de los ordenadores de la planta de pediatría y del box de críticos. También se enviarán vía correo electrónico a la supervisora de urgencias y a la supervisora de pediatría para que difundan los protocolos a todo el personal, para facilitar que todo el mundo se familiarice con los mismos.

Todo el personal que trabaje en los servicios de urgencias y pediatría debe revisar estas fichas.

Los temas a revisar son: 1.RCP pediátrica, 2.Intubación oro-traqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Politrauma e hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas.

El objetivo principal de la realización de estas fichas, aparte de la formación del personal, es su aplicación en la práctica clínica. En la atención de un paciente grave se deben tomar como modelo. Se podrán interpretar por parte de todo el personal, permitiendo anticiparse en la preparación y administración de medicación, en la monitorización, y el resto de acciones que se deben realizar. Esto facilitará la actuación del pediatra de guardia, y sobre todo mejorará la atención y pronóstico del paciente grave pediátrico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Junto con las fichas-protocolo, que se van a dejar en el box de críticos y en el control de la planta de pediatría, se dejará una hoja de firmas. Los objetivos es que toda la plantilla haya revisado este sistema de fichas.

- Acceso fácil y rápido, disponibilidad de fichas en los lugares donde se atiende al niño grave.
- >90% de la plantilla de urgencias y de la planta de pediatría conozca la existencia de estas fichas, donde se encuentran, y se las haya revisado en, al menos, una ocasión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las fichas ya se encuentran disponibles junto al carro de paros de la planta de pediatría y en el box de críticos de urgencias. En los meses sucesivos se colocarán visibles en la planta de pediatría y en el control de enfermería. Se irá colocando el fichero en todos los ordenadores y en la intranet.

Posteriormente se elaborará una hoja de firmas para que todo el personal que haya revisado las fichas firme.

Finalmente, según cómo evolucione la implementación de estas fichas, se harán jornadas formativas. Todo esto se

Proyecto: 2019_0172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION INICIAL, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

llevará a cabo a lo largo de este año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Elaboración de fichas-protocolo para la atención del paciente crítico pediátrico. 1.RCP pediátrica, 2.Intubación orotraqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Politrauma e hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crítico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0507 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE EL HOSPITAL EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

2. RESPONSABLE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARBERA PEREZ PAULA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- HURTADO PONCE GABRIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- SAHUN OBIS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- SALAS ESCRIBANO LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología pediátrica es, en la mayoría de ocasiones, leve o moderada. En aquellas situaciones de gravedad, críticas, o que precisan recursos materiales y personales no disponibles en nuestro centro, es necesario el traslado en ambulancia medicalizada a un hospital de tercer nivel. En el año 2018 se realizaron más de 50 traslados de pacientes menores de 14 años a otros centros, lo que supone una media de cuatro traslados al mes.

Durante la estabilización el personal se ve sometido a presión, nerviosismo, fallos en la comunicación, etc. Todo ello puede influir en la transmisión de la información al equipo de la ambulancia, uno de los momentos clave del proceso.

Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es 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 planta.

La hoja de verificación o check list facilita el cumplimiento de estos pasos, mejorando la seguridad, asegurando la estabilidad del paciente y evitando posibles efectos indeseables durante el traslado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La hoja de verificación permitirá revisar de forma sistematizada la actuación en cada traslado. De esta manera podremos conocer cuáles son los puntos fuertes y cuáles son aquellos en los que se necesita mejorar. Este proyecto implica a todo el personal relacionado con la atención al niño: enfermería (paritorio, planta y Urgencias), pediatras, médicos de Urgencias, médicos de ambulancias.

Se trata de un proyecto de mejora que se irá perfeccionando conforme se detecten los errores más frecuentemente realizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creemos una lista de verificación o check list como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde paritorio, planta o Urgencias. Esta herramienta se utilizará de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo como un proceso sistemático en un futuro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Cumplimentación Lista de Verificación o check list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
- Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
- Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril - Junio 2019: redacción y consenso check list y registro de pacientes.
- Desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2019: aplicación de la lista de verificación y registro de pacientes.
- 1 de enero-31 de enero 2020: análisis de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños

Proyecto: 2019_0507 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE EL HOSPITAL EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS/EMERGENCIAS QUE REQUIEREN TRASLADO INTERHOSPITALARIO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0178 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACION

2. RESPONSABLE MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MESEGUER GAMBON EVA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En nuestro Servicio de RHB estamos asistiendo a un aumento de personas con enfermedades crónicas. El dolor se encuentra entre los problemas crónicos transversales más frecuentes. Se estima que uno de cada 6 españoles sufre dolor crónico.

El dolor afecta de forma variable a la calidad de vida de la población con importantes consecuencias en el ámbito personal familiar y social, representando un problema de salud pública. Este problema constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de nuestro Servicio. El tratamiento adecuado se compone de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

En el proceso de atención integral de la salud desde Rehabilitación nuestras acciones están centradas en ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales siendo clave el manejo y control del dolor.

Debemos planificar nuestros servicios para cubrir las necesidades de toda la ciudadanía, superando las barreras existentes en los grupos de pacientes más desfavorecidos (por dispersión geográfica, difícil acceso al hospital, pacientes con movilidad reducida o sin medios de transporte..)

Nuestro esfuerzo va dirigido sobre todo a este grupo, intentamos minimizar / reducir el dolor, sus complicaciones y maximizar su calidad de vida favoreciendo el acceso a nuestros Servicios y optimizando recursos.

La electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea conocida por el acrónimo TENS del inglés Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, consiste en la aplicación mediante electrodos de superficie, de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica. El uso actual del TENS en el ámbito clínico de la RHB está ampliamente extendido. Es una técnica no invasiva, fácil de administrar. Tiene pocos efectos secundarios e interacciones, no puede producir sobredosis, además es muy económica y susceptible de ser utilizada para tratamiento domiciliario tras un breve entrenamiento del propio paciente.

Generalmente podemos utilizar el TENS con las siguientes acciones:

-Analgésica en caso de dolor agudo o crónico localizado y de origen neuropático y músculoesquelético

-Fortalecimiento muscular

Tras valorar al paciente en consultas del Servicio y realizar la indicación de esta terapia, El fisioterapeuta instruye al paciente, le explica los fundamentos básicos del método y le da instrucciones sencillas y precisas sobre la manera correcta de utilizar el equipo según patología.

Como ventajas significativas destacamos:

-Comodidad de aplicación y fácil manejo

-No requiere formación especial para su empleo

-Eficacia: aunque los resultados son variables, se logra entre 25-30% de respuestas positivas en pacientes con dolor crónico

-Ofrece reducción de costes de otras medidas terapéuticas. Dado su carácter no perecedero, su bajo coste de adquisición y mantenimiento (repuesto de 1 batería standard de 9v) y electrodos, puede deducirse el importante ahorro sanitario que puede representar a corto plazo su utilización

-Posibilidad de obviar los efectos secundarios de opiáceos permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que requieren medicación continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Incorporar el TENS domiciliario como recurso para el control del dolor, integrándolo dentro de las herramientas de nuestra cartera de Servicios

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, con especial énfasis en grupos vulnerables como son los mayores y personas con dificultad de acceso al hospital

-Agilizar el acceso a tratamiento con terapia física en nuestro Servicio, disminuyendo tiempos de espera

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Disponemos de 15 aparatos TENS para uso domiciliario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de pacientes con acceso inmediato a tratamiento

-Encuesta de satisfacción de pacientes tratados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se incluye en la actualidad en nuestra oferta de servicios

Proyecto: 2019_0178 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACION

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tratamiento del dolor
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

2. RESPONSABLE EVA MARIA MESEGUER GAMBON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· VIÑADO MAÑES CLARA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· LEON SUBIAS ERICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema de salud en pacientes de la tercera edad, afecta las actividades diarias de quienes la padecen, e interfiere con el rendimiento físico y psicosocial; y en su fase avanzada provoca incapacidad. En el mundo los datos sobre prevalencia y morbilidad subestiman de forma considerable el impacto de la EPOC, debido a que generalmente la enfermedad no se diagnostica hasta que no resulta clínicamente evidente y moderadamente avanzada.

La prevalencia de la EPOC en la población adulta es del 9 %, en España entre los 40 y los 69 años. La Rehabilitación Respiratoria (RR) debe formar parte de un tratamiento individualizado del paciente, dirigido a reducir los síntomas, optimizar la capacidad funcional, incrementar la participación y reducir los costes sanitarios mediante la estabilización o reversión de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.

La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) han definido la RR como «una intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen, pero no se limitan, al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida, con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica y promover la adherencia a conductas para mejorar la salud a largo plazo.

La RR iniciada precozmente, incluso durante las exacerbaciones, ha demostrado ser eficaz y segura. En el momento actual, el entrenamiento muscular, la educación y la fisioterapia respiratoria (FR) se consideran los componentes fundamentales de los programas de RR, siendo aconsejable también contemplar la terapia ocupacional, el soporte psicosocial y la intervención nutricional.

Por todo lo descrito previamente y dado que al servicio de Rehabilitación se le solicita valoración habitual de este tipo de pacientes, se propone elaborar programas de tratamiento multidisciplinar en los que se realice un proceso asistencial transversal en el que colaboren todos los integrantes del servicio en colaboración con Neumología. Como primera propuesta a un futuro proyecto de elaboración de un protocolo conjunto con el Servicio de Neumología, se quiere llevar a cabo la organización interna de nuestro servicio empezando con la elaboración de una hoja de recogida de datos encaminada a recabar toda la información médica necesaria para una correcta evaluación y prescripción del tratamiento rehabilitador necesario en cada uno de los casos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer de forma consensuada con el servicio de Neumología unos criterios de selección de los pacientes candidatos a recibir un programa de tratamiento de Rehabilitación respiratoria. Así mismo, establecer unos criterios de exclusión de aquellos que no podrían realizarlo.

- Diseñar una hoja de recogida de datos que sea incluida en la historia clínica médica del paciente en la que se incluyan todos los aspectos de interés para la adecuada elaboración de un programa de Rehabilitación Respiratoria. Esta hoja debería incluir tanto los datos de anamnesis como de exploración clínica y de pruebas complementarias necesarias para valorar correctamente la capacidad de esfuerzo del paciente.

- Establecer los datos a recoger en la historia clínica tras la realización del programa de Rehabilitación y que permitan objetivar la mejoría clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se está realizando valoración y tratamiento rehabilitador individualizado a pacientes con patología respiratoria con la necesidad de protocolización de dicho proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes valorados por patología respiratoria.

Mostrar los criterios de inclusión y exclusión

Consensuar la hoja de recogida de datos

Evaluar la adecuada recogida de datos en los pacientes en los que se solicita Rehabilitación respiratoria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Establecer los criterios de inclusión/exclusión para el tratamiento rehabilitador con el servicio de Neumología

Proyecto: 2019_1348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

y establecer la hoja de recogida de datos del paciente en la historia de Rehabilitación durante el año 2019. Iniciar durante este año la recogida adecuada de los datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0915 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPACTO DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA PRESENCIAL DE REUMATOLOGIA EN EL AÑO 2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL PINA SALVADOR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAMISEL MUR ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existe una excesiva demanda de consultas presenciales de primer día en la consulta de Reumatología, lo que hace dedicar mucho tiempo a pacientes con procesos que no son propios de la especialidad, teniendo por consecuencia una reducción del tiempo destinado cada día a la atención de pacientes ya diagnosticados y que precisan revisiones programadas, acarreando una demora creciente en este tipo de pacientes. Queremos valorar, para este año 2019, en que manera el uso de la herramienta de consulta virtual reduce la consulta presencial de primeros días y redundando en más tiempo dedicado al bloque de revisiones, de esta manera aumentaría el número de pacientes de consultas sucesivas disminuyendo al mismo tiempo la demora de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducir el tiempo de demora medio de los pacientes a la espera de consulta sucesiva

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se dispone de la herramienta de consulta virtual para filtrar los pacientes de primer día que lleguen a la consulta de Reumatología. Todo ello aplicado a una de las dos consultas de Reumatología que existen en el Hospital de Barbastro. Dedicando para ello entre 4-6 tardes cada mes para responder las consultas virtuales que se hayan generado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los datos se recogerán en hojas excel que incluyan los siguientes parámetros: edad, sexo, centro de salud de procedencia, diagnóstico de primaria, sospecha diagnóstica del especialista, concordancia, si se cita en consulta, si se le da de alta con instrucciones y si se le piden pruebas complementarias. Se hará una valoración estadística de los resultados y representación gráfica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 de enero 2019 hasta 31 de diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponibilidad en horario de tardes de la consulta de Reumatología para contestar las consultas virtuales generadas a lo largo del mes. Por parte de archivos se precisa que remitan a la consulta todas las historias de los pacientes implicados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0916 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMPLETAR EN CONSULTA DE ENFERMERIA DE REUMATOLOGIA EL CUESTIONARIO RAPID-3 DE ACTIVIDAD CLINICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE FORMA PREVIA A SER VISTOS PRESENCIALMENTE EN CONSULTA REUMAT

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL PINA SALVADOR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NASARRE GER ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
- OLIVAR ORTEGA LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
- GAMISEL MUR ELENA. TCAE. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
- LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
- SALAS BALLARIN EVA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
- SAMITIER PUY MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes con Artritis Reumatoide presentan inflamaciones articulares que les provocan dolor, impotencia funcional, cambios emocionales y posible repercusión en otros órganos. Dado que en consulta se dispone de tiempo limitado para evaluar los pacientes, se han ideado cuestionarios propios para pacientes con AR (RAPID-3) que recoge la repercusión que la artritis tiene en todos estos campos comentados, pudiendo ser rellenados por enfermeras adiestradas y ser entregados al clínico para que tenga una idea lo más objetiva posible de la situación actual del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar al clínico el resultado de un cuestionario de actividad de la Artritis Reumatoide para la correcta evaluación de los pacientes de cara a optimizar los tratamientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las enfermeras encargadas de rellenar el cuestionario deberán adquirir la formación teórico-práctica mediante la asistencia a cursos y talleres de enfermedades autoinmunes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se utilizarán cuestionarios ya validados por las Sociedades Científicas Internacionales de la especialidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Previsto para iniciar en mayo de 2019 hasta 31 de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un espacio físico donde la enfermera de turno, con el paciente, pueda evaluar todos los parámetros que incluya en cuestionario

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0094 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
· LISA LOPEZ VICTORIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· GARCIA CLAU SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· LLANAS RECH MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· FRANCO MONTES MARIA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. UCI
· PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA. TCAE. H BARBASTRO. UCI
· PLAZA CUELLO ALBA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Protocolo iniciado en el año 2018, con el fin de realizar valoración nutricional a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos.
Este proyecto esta justificado ante la necesidad de realizar evaluación nutricional de forma adecuada a los pacientes que ingresan en UCI. De esta manera se puede detectar los pacientes que cumplen criterios de desnutrición o están en riesgo de padecerla.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Grados de desnutrición al ingreso en UCI
 - Porcentaje de desnutrición en los pacientes que ingresan en UCI
 - Valorar síndrome de realimentación
 - Comparación entre los diferentes scores nutricionales
 - Valorar que datos al ingreso se relacionan con mayor mortalidad de los pacientes
 - Que datos al ingreso se relacionan con mayor desnutrición

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha procedido a recoger datos (hasta 150 pacientes), en los que se recogen:
- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
 - Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxito o no durante su ingreso en UCI.
 - Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
 - Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbumina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

En La UCI se va a proceder:

- Extraer analítica al ingreso en UCI
- Recoger datos
- Calcular scores
- Con los datos obtenidos cuando finalice la recogida de datos se procederá a su estudio informático

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos se recogen en una base de datos creada para este proyecto. Pendientes de acabar recogida de datos para su análisis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es un proyecto de continuidad. La recogida de datos se inició en el año 2018 y se completará durante el año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que ingresan en UCI, sin especificar patología

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0094 (Acuerdos de Gestión)

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA RECOGIDA, TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GONZALEZ GIMENO
· Profesión MIR
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COMPS ALMUNIA DANAE. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CECILIO IRAZOLA ALVARO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ROBRES GUILLEN PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· AREVALO DURAN MONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GOMEZ MARQUEZ MARIA. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BARRUECO OTERO ENRIQUE. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace varios años, en el Servicio de Urgencias hemos detectado la ausencia de un protocolo uniforme de recogida, transporte y conservación de muestras biológicas. Se han constatado varios errores en este ámbito tanto en los materiales utilizados en la recogida como la forma de hacerlo, su adecuado transporte y la correcta conservación en laboratorio, no siendo válidas las muestras en muchas ocasiones y generando problemas en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías infecciosas. Estos errores son en su mayoría debido a que no se utilizan adecuadamente los métodos estandarizados, debido al desconocimiento del propio personal médico, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y personal de laboratorio. Además, se desconocen los métodos en situaciones donde este proceso debe realizarse bajo medidas especiales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Evaluar los conocimientos actuales en el personal sanitario sobre este ámbito en el Servicio de Urgencias y laboratorio.
- Analizar las distintas muestras que con más frecuencia se obtienen en el servicio de Urgencias, además del material disponible para ello.
- Establecer un conocimiento y un enfoque multidisciplinar adecuados sobre la obtención, transporte y conservación de muestras biológicas en el Servicio de Urgencias y en laboratorio.
- Disminuir los errores en los resultados y evitar la pérdida de muestras y la repetición de pruebas complementarias innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Valorar el conocimiento del personal sanitario del Servicio de Urgencias y de laboratorio sobre la obtención, transporte y conservación de muestras biológicas mediante un test de evaluación, consistente en 10 preguntas modo test.
- Se revisarán las muestras obtenidas durante el año 2018, valorando cuales de ellas se han realizado de forma errónea.
- Se analizará el material disponible y las posibles mejoras en el Servicio de Urgencias.
- Se analizarán qué errores son los más frecuentes y se realizará un informe y pósters informativos sobre la adecuada obtención de muestras.
- Se impartirán charlas con recomendaciones básicas sobre este asunto, y resolución de dudas por parte del personal sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Reducción de muestras erróneas y mala obtención de las mismas (n° M 2019 - n °M 2018/ n° M 2018)
- Aumento del aprendizaje y del conocimiento por parte del personal sanitario mediante un test antes y después de las charlas informativas y la exposición de los pósters evaluándolo mediante (n° respuestas correctas potcharlas - n° respuestas correctas precharlas/ respuestas correctas precharlas > 30%)
- Se impartirán 6 charlas impartidas, con una media de 10 asistentes a cada una de las mismas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 2 meses (mayo y junio 2019): evaluación del número y tipo de errores en las muestras obtenidas en 2018.
- 2 meses (agosto y septiembre 2019): interpretación de los datos obtenidos y realización de pósters informativos y preparación de charlas informativas.
- 3 meses (octubre, noviembre y diciembre 2019): exponer los pósters de forma indefinida en lugares visibles y de fácil acceso para el personal sanitario de Urgencias y laboratorio, además de impartir charlas informativas cada 2 semanas para los mismos, realizando un test de evaluación al comienzo y final.
- 1 mes (enero 2020): evaluar si las medidas tomadas producen un descenso de los errores cometidos en 2018. Diseño y puesta en marcha de posibles nuevas acciones de mejora

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA RECOGIDA, TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Es necesario que se nos facilite los datos sobre la recogida de muestras y su utilización en 2018 y 2019, además de la utilización de aulas del Hospital de Barbastro para las charlas y lugares visibles en Urgencias y laboratorio para la exposición de los pósters, además de facilitar el material (pósters, test, material de laboratorio...) para lo anteriormente expuesto.

10. OBSERVACIONES.

Agradeceríamos la colaboración por parte del servicio de informática para la difusión de estas jornadas formativas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0977 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE IRIS LIVIA MAR HERNANDEZ
· Profesión MIR
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRIDO ZAMORA SARA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· VALLES TORRES ELISA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GRACIA MAIRAL AIMAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· PALACIOS DIAZ VANESSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CHUECA LASAGA ALICIA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta una falta de educación sanitaria y empoderamiento en salud de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro en la que es posible actuar mediante medios audiovisuales dándole utilidad al tiempo de espera a ser atendidos y los recursos allí presentes. Vemos como oportunidad de mejora de la calidad del servicio de Urgencias, mejorando la satisfacción del usuario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar los conocimientos básicos en consejos sanitarios y promoción de la salud
- Ofrecer información visual y comprensible referida a prevención y promoción de la salud elaborada por Sociedades Científicas
- Disminuir la demanda asistencial por patologías banales, llevando a cabo un uso razonable y adecuado de las Urgencias
- Disminuir la ansiedad alentada por patologías
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación del grupo de trabajo concretando los objetivos y estructura del proyecto.
- Creación de un soporte audiovisual para la proyección en la Sala de Espera.
- Creación de una encuesta de satisfacción para el usuario.
- Reuniones periódicas.
- Análisis de los resultados.
- Creación de criterios e indicadores medibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de satisfacción para el usuario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: Creación y revisión del soporte audiovisual
Mayo: Creación de la encuesta
Mayo: Creación del buzón para encuestas
Mayo - Enero: Proyección y entrega de encuestas a disposición del usuario
Enero - febrero: Análisis total de encuestas
Recolecta de encuestas semanal con análisis mensual

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una televisión, un buzón, folios para encuestas, tabla Excel.

10. OBSERVACIONES.

Las fechas son orientativa

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología que hace uso de la Urgencia Hospitalaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1083 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTATICOS EN UROLOGIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE MARTA FIERRO UNSAIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· SANTOS DOMINGUEZ ARACELI. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· HIDALGO SALLAN VERONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· SALILLAS GUILLEN RAQUEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· FERNANDEZ FELIX MAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· GARCES BIELSA SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· GONZALEZ MARTIN BELEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer vesical es una de las neoplasias con más alta prevalencia (4º tumor en varón y 9º en mujeres) además tiene alta tendencia a la recidiva (40-80% en 1º año y el 50% a los 2a). Tras 5 años del 5 al 30% pasan a ser músculo-invasores. El principal factor pronóstico de los tumores vesicales es la invasión en profundidad. El tratamiento en las etapas iniciales es la resección transuretral (RTU). En un intento de disminuir la tendencia a la recidiva y su progresión; se ha propuesto la administración de quimioterapia adyuvante tras la RTU. Mediante este tto intravesical las concentraciones del quimioterápico se ponen directamente en contacto con la mayor parte del urotelio, sin el riesgo de una exposición sistémica y de sus complicaciones y efectos secundarios.
La administración de este tratamiento requiere un manejo especial, tanto de cara al manejo del citostático por la seguridad del trabajador, como a la eliminación de los residuos que se crean a raíz de su uso.
La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización para la adecuada realización de estas técnicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Actualizar conocimientos del personal de la Unidad de Hospitalización de Urología respecto a las patologías que requieren este tipo de tratamiento.
- Actualizar conocimientos respecto al uso y manejo de los tratamientos citostáticos en urología.
- Reforzar conocimientos en el manejo adecuado de los citostáticos y el manejo correcto de los residuos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un poster explicativo con las normas de administración del tratamiento, así como el material necesario para ello.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- A lo largo de los meses de Mayo y Octubre se realizarán sesiones clínicas formativas.
- Enero 2020; análisis y presentación de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1439 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

2. RESPONSABLE MARTA RIVAS CALVETE
• Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
• GARCIA LACOMA MERCEDES. PSICOLOGO/A CLINICO. H BARBASTRO. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
• LAMARCA GAY ROCIO. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
• JAVIERRE MIRANDA ELENA. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
• ALLUE BLANCO MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
• LOPE DALMAU ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes.

Desde la USMIJ, hemos podido constatar que año tras año aparecen casos derivados por médicos de familia a nuestra Unidad, entorno a los 14-17 años con un deterioro importante no sólo a nivel físico (peso entre 15-17 de IMC) sino también con una patología psicológica de años de evolución respecto a la comida que les lleva a esa desnutrición. Esta situación hace que tan sólo recibir el caso a la Unidad, la mayor parte de ellos deban ingresar a nivel hospitalario para poder ser valorados físicamente, instaurar una nutrición y alcanzar un peso mínimo con el que poder abordar el proceso. Por otro lado, el partir de un bajo peso (por debajo de 16) hace más costoso y difícil la recuperación no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, alargándose en el tiempo el tratamiento, y consecuentemente el sufrimiento del paciente y la familia.

La edad de 14 años, en nuestra Comunidad Autónoma, supone el paso del paciente adolescente desde Pediatría a Médico de Familia, supone también la finalización de las revisiones periódicas que se realizaban en Pediatría, y el paciente acude a su médico cuando algún proceso leve le lleva él. Por ello posiblemente la familia contacta con el médico cuando los síntomas están ya instaurados (unido a la ocultación de los jóvenes de estos síntomas a sus familiares) y son evidentes para ellos, encontrándose el facultativo con el trastorno.

Desde Pediatría, son muchas las revisiones periódicas que se realizan, mucho más frecuentes cuando el niño o niña tiene corta edad, y se van espaciando en el tiempo a medida que el niño va creciendo y continúa sano. Con el desarrollo de los niños, en la pubertad, aunque los pediatras sondan respecto a los hábitos alimentarios, no disponen de protocolos que puedan incidir de forma expresa en la búsqueda de indicadores de posibles inicios de trastornos de la conducta alimentaria.

Es sabido que la edad en la que los adolescentes comienzan a tener pensamientos de adecuación o no con su imagen corporal comienzan tras el desarrollo puberal, es decir, desde los 12 a 14 años aproximadamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Teniendo en cuenta lo anterior, y tras las coordinaciones con Pediatría, se ha decidido realizar este Programa conjunto entre Pediatría de Monzón y la UsmiJ del Sector de Barbastro con los siguientes objetivos:

- Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
- Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la UsmiJ.
- Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, y de protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)

- Reuniones de trabajo con Pediatras y UsmiJ:

*Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)

*Puntos de corte donde pasar los instrumentos: valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir

*Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes

- Puesta en marcha del Screening, valorar si enfermera-pediatra; enfermera-componente de UsmiJ.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: % de hojas de Screening

Fuente: Registro de seguimiento

Estandar 80%

Indicador 2: %Screening corregido

Fuente: Registros corregidos

Proyecto: 2019_1439 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

Estandar: 70%

Indicador 3: %Positivos con 1 entrevista
Fuente: Entrevista personal
Estandar: 90%

Indicador 4: %Casos inicio de tratamiento
Fuente: Citaciones
Estandar: 90%

Indicador 5: %Hoja consentimiento informado
Fuente: Entrevista explicatoria
Estandar: 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- mayo-septiembre 2019(búsqueda bibliográfica, primeras reuniones Equipo)
- octubre-diciembre (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Breve resumen del Proyecto, 2 test de screening)
- enero-mayo 2020 (implementación de las actuaciones)
- junio (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos y tratamiento)
- octubre (revisión, incidencias etc

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCREENING DEL CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN 2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS SORIANO MARTINEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALBARRACIN
- Localidad ALBARRACIN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN PASCUAL MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBARRACIN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En España se diagnosticaron mas de 25.000 nuevos casos de cáncer de mama. Tipo de tumor responsable de más de 6500 muertes en 2016, representa la primera causa de mortalidad por cualquier enfermedad oncológica en mujeres en España. En Aragón 50000 mujeres han realizado una mamografía en el último año dentro del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de las 67000 mujeres citadas para la realización del cribado entre todas las mujeres de 50 a 70 años.

En el Centro de Salud de Albarracín tenían que hacer el cribado 403 mujeres de esas edades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del cribado es aumentar las posibilidades de detectar la enfermedad en una fase preclínica que mejore la efectividad del tratamiento respecto de un diagnóstico posterior.

Que todas las mamografías realizadas en el programa de detección del cáncer de mama sean incluidas en el OMI en la historia de cada mujer en su apartado correspondiente.

De los valores anormales de las mamografías hacer seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES:

Incluir todos los resultados de las mamografías realizadas durante la Campaña de Detección Precoz del Cáncer de Mama en el OMI.

RECURSOS:

Listado de la DGA de mujeres incluidas en el programa

Listado de los resultados de las mamografías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Mujeres que tenían que hacerse la mamografía: 403

Mujeres que se han hecho la mamografía dentro del programa: 310

Todo esto supone un 77 %, un porcentaje superior al 70% recomendado. En la provincia de Teruel fue de 85,8% de las mujeres citadas.

De estas 310 mujeres que han pasado por el cribado, 31 tuvieron que volverse hacer otra con los siguientes resultados:

- a) 14 patología benigna.....repetir en 2 años.
- b) 12 patología benigna.....repetir en 1 año.
- c) 2 patología benignarepetir en 6 meses.
- d) 3 patología maligna derivadas al hospital.

CONCLUSIONES:

Todo esto es un 10% de todas las mamografías realizadas que tienen un resultado positivo.

Las de repetir en 6 meses se realizaron la prueba en octubre siendo citadas para hacérsela otra vez en 6 meses.

De todas las realizadas con valor positivo solo 3 dieron patología maligna que es un 1%. En este momento están en diferentes fases de su enfermedad.

Con el programa de Detección del cáncer de mama desde que se implanto en 2006 en la Comunidad ya han pasado por el 200.000 mujeres.

Con ello se ha conseguido reducir la mortalidad un 19 %, si bien el tumor mama sigue siendo el más frecuente como causa de muerte en la mujer representando el 3% del total de muertes y el 15% del total de tumores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finales de mayo:

Tener todos los resultados de las mamografías incluidas en OM.

Listado de los valores patológicos para su seguimiento.

Finales de noviembre:

Valorar el seguimiento de los resultados patológicos.

Proyecto: 2019_0157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCRENNING DEL CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN 2018

- 9. RECURSOS NECESARIOS.
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Mujeres
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SCREENING
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE MONICA LASHERAS BARRIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALBARRACIN
- Localidad ALBARRACIN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTILLON ALFAYE JUAN IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La recomendación de Activos para la Salud es una de los pilares o vías de acción de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. Para hacer dicha recomendación tenemos que tener un conocimiento de los activos de nuestra zona. Podemos definir Activo para la Salud 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 o grupos para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés, superar las dificultades frente a la desigualdad y esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud y empoderamiento individual y colectivo, mejora de la estima individual y colectiva, y en consecuencia menor dependencia del sistema sanitario. Los mapas de activos, mediante su desarrollo participativo, son una herramienta útil para fomentar el empoderamiento de la población en su salud y aumentar el conocimiento de los recursos de salud disponibles en el entorno, ayudando a crear un enfoque positivo de la salud y aumentar la relación entre profesionales sanitarios, sociales y vecinos de una comunidad.

Participantes: personas clave/referentes de los municipios. Colegio de Orihuela del Tremedal. Colegio de Torres. Asociaciones de mujeres de: Orihuela del Tremedal, Guadalaviar, Jabaloyas y Torres. APSMA. Trabajadoras sociales de la Comarca. Personal del EAP y de otros EAP que abarquen municipios de la Sierra de Albarracín, que aunque no dinamicen el mapeo va a apoyar en la difusión de las encuestas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Hacer un análisis de los Activos en Salud que hay en la Sierra de Albarracín, disgregada por municipios.
- Integrar en nuestra práctica diaria el abordaje comunitario y la Recomendación de Activos, incluida en la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
- Fomentar el empoderamiento de la población que vive en los municipios de la Sierra de Albarracín y el conocimiento de los factores o recursos que mejoran y mantienen su salud, sobre todo aquellas partes más intangibles como son la cohesión social, redes y asociaciones informales, el aporte de cada vecino/a, etc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Encuesta a personas clave de cada pueblo de la Sierra de Albarracín. Como hay municipios que no pertenecen al EAP de Albarracín, pediremos ayuda a otros sanitarios de otros EAPs o acudiremos a los pueblos.
- Fiestas del Mapeo o Encuentros por la Salud en: Jabaloyas, Torres de Albarracín, Guadalaviar y Orihuela del Tremedal.
- Elaboración del mapa con google maps y el buscador de activos que va vinculado a OMI-AP (<http://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de Activos en salud registrados en alguna o en ambas plataformas de la Sierra de Albarracín
- Número de Profesionales que participan del abordaje comunitario y de Recomendación de activos.
- Número de población que participa en las Fiestas del mapeo.
- Valoración de la Fiestas del mapeo a través de una encuesta de satisfacción.
- Edades y sexo de las personas clave encuestadas para la elaboración del mapa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo- Junio 2019: realización de Fiestas/Encuentros del Mapeo
Marzo- agosto 2019: realización y recogida de encuestas de todos los pueblos de la Sierra de Albarracín.
Septiembre-Noviembre: síntesis de los datos, elaboración de mapa.
Diciembre 2019: puesta en común al EAP, Consejo de Salud de Zona y a la población.
Este calendario es bastante exigente y por otras actividades tal vez se necesiten 2 años para completar todo el estudio, o incluso más si posteriormente queremos hacer las Fiestas del Mapeo en casi todos los municipios de la Sierra.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Encuestas sobre activos (ya elaboradas).
- Material de escritura: papel continuo, rotuladores, folios, bolígrafos, gomets de colores, cartulinas, post it, etc.
- Picoteo para atraer la participación de las personas en las Fiestas/Encuentros del Mapeo.
- Personal de EAPs de la Sierra que distribuyan y/o pasen la encuesta de activos a los referentes de los distintos municipios.

Proyecto: 2019_0470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

10. OBSERVACIONES.

La actividad se va a hacer en coordinación y con el apoyo del resto de integrantes de APSMA (Helena Esteva, Cristina Yuste y Raquel González principalmente), cuyo proyecto está enmarcado en la RAPPS.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Nos centramos en lo que nos hace mantener la salud, no en lo que nos enferma.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

2. RESPONSABLE MANUEL GALINDO DOBON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· TAMAMES CERDA ANA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ACHA DOMINGUEZ JESUS. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hipoglucemia se define como cualquier episodio de concentración plasmática de glucosa anormalmente baja, con o sin síntomas, en el que el individuo se expone a un daño. Clásicamente se acepta cifras de glucosa venosa < 70 o glucosa capilar < 60.

La aparición de hipoglucemia secundaria a tratamiento es una limitación muy importante para el control adecuado de la diabetes. La hipoglucemia se asocia a un exceso de morbi-mortalidad, disminución de la calidad de vida, mayor porcentaje de abandono del tratamiento e incremento en el coste del manejo de la enfermedad.

El riesgo de hipoglucemia grave en enfermos diabéticos se sitúa entre el 1.4 y el 1.6 por cada 100 personas-año. El tratamiento con insulina incrementa notablemente el riesgo, así como también la edad, la duración de la enfermedad, la presencia de complicaciones como insuficiencia renal o insuficiencia cardiaca, niveles altos o bajos de hemoglobina glicosilada y la toma concomitante de secretagogos o betabloqueantes..

La mayoría de las hipoglucemias son leves y suelen pasar desapercibidas. El 74% de estos episodios se producen por la noche.

Después de los anticoagulantes orales, la insulina es el medicamento que con mayor frecuencia se relaciona con ingresos urgentes en pacientes mayores de 65 años, por delante de otros, como antiagregantes, antidiabéticos orales, etcétera..

Existe evidencia de que la sospecha y la detección activa de hipoglucemias de repetición, sobre todo las asintomáticas, evitarían la presencia de hipoglucemias graves.

Existe evidencia de la importancia de que los cuidadores de personas en riesgo de hipoglucemia deben recibir adiestramiento en la administración de glucagón inyectable. El grupo de trabajo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición recomienda en pacientes tratados con insulina, evaluar periódicamente los conocimientos y tratamiento de la hipoglucemia así como recordar la necesidad de llevar consigo carbohidratos suficientes para el tratamiento de una hipoglucemia y disponer de glucagón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana es el conjunto de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 1 y tipo 2 de la ZBS de Albarracín que sigan tratamiento con cualquier preparado de insulina.

El objetivo es mejorar el conocimiento de pacientes y convivientes sobre hipoglucemias: mecanismo de producción, posibilidades de prevención, reconocimiento de los signos de alarma y capacitación para el manejo de las mismas. Un objetivo específico es que todos los paciente en tratamiento con insulina dispongan de un kit de glucagón y que tanto ellos como sus convivientes sepan manejarlo.

OBJETIVOS:

Mejorar el control de las hipoglucemias en los pacientes, disminuyendo su número y la gravedad de las mismas.

Adiestrar en el manejo del glucagón inyectable.

Mejorar la coordinación enfermería-medicina.

Mejorar el conocimiento de la población sobre su enfermedad.

Mejorar el registro de datos en OMI-AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se distribuirá entre los colaboradores un dossier con bibliografía actualizada.

Se planteará una primera reunión informativa para detallar el proyecto, fijar el calendario y distribuir las tareas, una segunda reunión con el proyecto mediado para poner en común y comentar los resultados parciales, el desarrollo y las dificultades encontradas y una reunión final de puesta en común y análisis de la validez y utilidad del proyecto.

Se elaborará un plantilla de recogida de datos sanitarios y sociodemográficos.

Se pasará a cada paciente el cuestionario de percepción de hipoglucemia de Clarke.

Se tratará de con cada paciente y sus convivientes habituales. Se abordará la prevención, reconociendo y actuación ante la hipoglucemia. El formato será el de taller práctico, guiado por el personal sanitario del estudio. Podrá ser grupal si el profesional o los pacientes entienden que este método es más pertinente o adecuado en atención a las características de su población.

Se entregará a los participantes un folleto con información básica y dudas más frecuentes.

Al terminar la actividad se propondrá un cuestionario básico a enfermos y familiares que sirva para valorar el

Proyecto: 2019_0483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

grado de comprensión sobre la hipoglucemia.
Se registrarán las actividades realizadas en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluar la cobertura alcanzada.
Registrar en la Historia Clínica de cada paciente la actividad realizada.
Comprobar que cada paciente tiene receta electrónica de glucagón y que está retirada de la farmacia.
Evaluar el grado de conocimiento de los pacientes mediante las respuestas del test posterior a la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto anual a desarrollar durante 2019. El primer mes reunión para presentar el proyecto y planificar la estrategia de actuación.
Desarrollo de las actividades durante el siguiente semestre.
Recogida de datos y presentación de resultados en el último trimestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se requieren recursos específicos.
Se utilizarán los consultorios o locales municipales o de asociaciones disponibles.
Será preciso material de muestra para las pruebas y el entrenamiento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0633 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TECNICA MÖLN DAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE CRISTINA BESER MORTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON ALFAYE JUAN IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO DOBON MANUEL. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La técnica Möln dal, descrita por primera vez por Agnetha Folestad (2002), es un procedimiento en el que se aplica suero fisiológico, a continuación clorhexidina alcohólica al 2%, dejando secar al aire al menos durante 30 segundos, y por último un apósito de hidrofibra de hidrocóloide fijado con un film de poliuretano a una herida quirúrgica tras el cierre de la herida por primera intención. La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra permite no tener que levantar la cura hasta un máximo de 7 días desde la intervención, a menos que presente circunstancias adversas como: infección, sobresaturación de la hidrofibra o despegue del film de poliuretano. Tiene como finalidad el evitar complicaciones en el proceso de cicatrización de heridas quirúrgicas (previniendo la infección, formación de flictenas en la piel perilesional, maceración o dehiscencia), promover el confort en el paciente (reduciendo los cambios de apósito y permitiendo una higiene corporal sin limitación debida a la herida quirúrgica) y optimizar los recursos sanitarios (mejorando el coste-efectividad, disminuyendo el tiempo y carga de trabajo de enfermería). Dada la dispersión que hay en la zona, la imposibilidad en muchas poblaciones de realizar una cura diaria por tiempos de consulta de enfermería o por imposibilidad de desplazamiento del paciente, y por los buenos resultados obtenidos en otros estudios, creemos que sería un buen método para aplicar en nuestra zona de trabajo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este tipo de estudio es valorar tanto si hay buenos resultados en la cicatrización, como la optimización de tiempos tanto para el paciente como para los profesionales, reduciendo así la presión asistencial y pudiendo implantarla como método de cura seguro y fiable en un medio rural. Confort del paciente con este tipo de cura. Por otro lado, valorar costes en cada tipo de cura, Möln dal y cura habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión del equipo de mejora durante marzo- abril de 2019 para que todos conozcan la técnica Möln dal, ajustar fecha para empezar a captar pacientes para llevarla a cabo, disponer del material necesario por cada profesional, y entrega a cada uno de un cuaderno de recogida de datos. Captación de pacientes de la Consulta Monográfica de Cirugía Menor de la ZBS de Albarracín, aplicando cura Möln dal pura tras dicha cirugía. Captación de pacientes que sean intervenidos en otro centro hospitalario, cuya primera cura haya sido la "tradicional", y que nosotros cambiaremos a Möln dal hasta retirada de puntos y/o cicatrización. A esta última la llamaremos Möln dal "modificada". Grupo de control, al que realizaremos la denominada "cura habitual" (sería la que venimos haciendo hasta ahora) Para los tres grupos usaremos un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en el cual valoraremos: Dolor (según Escala verbal Numérica) y duración del dolor, signos de infección (enrojecimiento, irritación, ..), presencia de exudado, incomodidad o molestia por parte del paciente con este tipo de cura, datos de población (sexo y edad), tipo de cirugía, grado de satisfacción del paciente con el tipo de cura una vez finalizado el proceso de curación y material de cura utilizado. Veremos a los pacientes dos veces durante el plazo de 7 días.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tiempo de evolución cicatrización de los tres tipos de curas (fecha de inicio y fecha de alta =curación)
Porcentaje de pacientes en los que ha surgido una complicación.
Encuesta de satisfacción del paciente.
Indicador de sesgos: patologías que interfieren en la normal cicatrización: Diabetes Mellitus (para todos los pacientes) e Insuficiencia Circulatoria (cuando se trate de cirugías en extremidades inferiores)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo - Abril de 2019: reuniones del equipo de mejora para dar a conocer a todos la técnica, consenso entre todos sobre el Cuaderno de Recogida de Datos.
Marzo-Abril de 2019: sesión clínica para dar a conocer a todo el equipo del CS Albarracín la técnica a implantar.
Mayo - Noviembre de 2019: captación de pacientes y recogida de datos.
Diciembre de 2019- Enero de 2020: evaluación del proyecto y de los resultados.

Proyecto: 2019_0633 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TECNICA MÖLNDAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de cura para cura Mölndal y Mölndal "modificada" (clorhexidina alcoholica al 2%, aposito de hidrofibra y film de poliuretano).

Material de cura normalmente usado para cura "habitual".

Cuaderno de Recogida de Datos para cada profesional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE JESUS PALACIOS MEDRANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALFAMBRA
- Localidad ALFAMBRA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DIAZ BRULL FRANCISCO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- CASTRO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- VICENTE PEREZ MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- ESTEBAN PEREZ NURIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. La hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes son factores de riesgo mayores y causales de enfermedad cardiovascular y mortalidad vascular y total.

La hipercolesterolemia, es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población adulta española. Sin embargo, es el menos conocido de los factores de riesgo (50%), el menos tratado (42%) y, aunque ha mejorado, el control sigue siendo moderado (< 50%).

Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

Dada la relevancia que tiene un buen control de las dislipemias, y viendo que en nuestro centro, todavía se aprecia un porcentaje de pacientes que no tienen una adecuada prescripción y/o ajuste de valores óptimos tanto en prevención primaria, como en secundaria; creemos que es oportuno elaborar un proyecto de calidad que nos sirva para optimizar el uso de éstos, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son los pacientes en tratamiento hipolipemiante pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo.

El objetivo principal, es adecuar el tratamiento y optimizar las cifras de control de nuestros pacientes.

Los objetivos planteados son:

- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención secundaria, para revisar y adecuar las prescripciones de estos pacientes.
- Mejorar las cifras de control en pacientes que están en prevención secundaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Recogida de datos del cuadro de mandos al inicio del estudio
- Sesión clínica para los miembros del equipo, para revisar los criterios de tratamiento y los objetivos de control en prevención primaria y secundaria.
- Elaboración de un díptico para los pacientes con hábitos higiénico-dietéticos para la dislipemia.
- Evaluación de los tratamientos pautados para los pacientes en prevención primaria, y ajuste de los mismos según criterios terapéuticos.
- Evaluación de las cifras de los pacientes en prevención secundaria, y ajuste terapéutico si es necesario, para optimizar los valores.
- Reevaluación de los indicadores, para valorar la eficacia de la intervención.
- Encuesta de satisfacción para los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

- Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

- Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

- Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

Proyecto: 2019_0211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

Esperamos que este indicador aumente, llegando a cifras óptimas del 90%

-Valoración de satisfacción de los profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el mes de Abril se analizarán los datos del cuadro de mandos, y se realizará la sesión clínica.

Desde Mayo hasta Octubre se realizarán los ajustes de tratamiento necesarios.

Durante el mes de Noviembre, se analizarán los datos del cuadro de mandos

Durante el mes de Diciembre, se analizarán los resultados, y se comunicarán con el equipo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará ordenador con programa informático para la presentación de diapositivas

Cañón-proyector

Datos del cuadro de mandos

Dípticos informativos para los pacientes con consejos nutricionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN MUÑOZ GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ VILLARROYA FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VICARIA WITTIG GUSTAVO E. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE PEREZ MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La muerte súbita extrahospitalaria es un problema de salud pública de gran magnitud: en España se calcula que el 12% de las defunciones que se producen de forma natural son súbitas y, de éstas, el 88% son de origen cardíaco. Según el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP), se estima que en España 70.000 personas sufren cada año un infarto de miocardio y alrededor de 30.000 mueren por Parada Cardiorespiratoria (PCR) antes de llegar al hospital. La supervivencia de los pacientes que sufren una PCR se ve favorecida por la realización de las acciones secuenciadas que conforman la cadena de supervivencia. En esta cadena, formada por cuatro eslabones, los dos primeros (reconocimiento precoz de la situación de PCR, activación del servicio de emergencias médicas a través del teléfono 112 e inicio inmediato de las maniobras de RCP básica), pueden ser realizados por testigos entrenados. Testigos, que según muestran los estudios, están presentes en aproximadamente el 80% de los casos, pero que sólo actúan en uno de cada cinco. Lo que quizá esos testigos que actúan no saben, es que haciéndolo triplican las posibilidades de supervivencia de la víctima. En países donde la tasa de realización de RCP por testigos es alta, el porcentaje de supervivencia puede llegar al menos al 50%; en nuestro país donde en el 80% de las muertes súbitas presenciadas los testigos no realizan ninguna maniobra, no superamos el 10% de paradas cardíacas extra hospitalarias recuperadas. Dado que el conocimiento en técnicas básicas de primeros auxilios forma parte del currículum escolar de Educación Primaria (R.D. 126/2014 de 28/02/2014) y que dentro de las competencias de práctica avanzada de la enfermera familiar y comunitaria está la de "Planificar desarrollar y evaluar programas de educación para la salud en la comunidad", creemos que la puesta en marcha de talleres dirigidos a los más pequeños en la escuela, pueden ser clave para conseguir generalizar la formación en primeros auxilios, comenzando desde los más pequeños.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son los niños y adolescentes que estudian en los diferentes colegios pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo. El objetivo principal, es que los niños adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante una situación de emergencia, de forma didáctica, sencilla y divertida. Los objetivos planteados son:
-Que los niños sean capaces de reconocer una situación de emergencia-parada cardiaca
-Que los niños conozcan el teléfono de emergencias y cómo usarlo
-Que los niños conozcan la cadena de supervivencia y sepan cómo ponerla en práctica
-Que los niños sean capaces de realizar maniobras de RCP
-Que los niños sepan cómo actuar ante atragantamientos
-Que los niños conozcan la actuación básica ante las emergencias más comunes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Entre todos los miembros del equipo se contactará con los colegios que hay en nuestra zona básica de salud (Camañas, Visiedo, Argente, Alfambra, Perales y Pancrudo) para determinar la cantidad de alumnos y las edades de los niños de los diferentes colegios, para poder adaptar mejor los talleres. Se preparará un taller de 45 minutos para cada colegio, adaptado a las características de cada uno de ellos; en el que se abarcará de forma didáctica y divertida (mediante cuentos y canciones), las actuaciones básicas ante las emergencias más frecuentes y ante una parada cardiorespiratoria. Para el taller se utilizará una presentación multimedia con diapositivas, vídeos, y prácticas con peluches. Para los docentes y aquellos adultos que quieran asistir, aprovechando que acaban de llegar DEAS a alguno de los pueblos, se preparará una sesión de unos 15 minutos para recordar el funcionamiento de éstos y un breve recordatorio de las maniobras de RCP (ya que el año pasado en esta zona de salud se realizó un taller intensivo de Capacitación de la población rural para la realización de maniobras de RCP). Se realizarán los diferentes talleres en los colegios, y tras la realización se pasará un test a los alumnos para valorar la efectividad de la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de niños que participan en el taller/ Número total de niños escolarizados
(Este indicador debería alcanzar al menos el 90%)
-Número de aciertos del test / Total de preguntas planteadas
(Este indicador debería ser superior al 80%)

Proyecto: 2019_0212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El contacto con los colegios y la preparación de los talleres se irán preparando a lo largo de los meses de Marzo y Abril.

Durante los meses de Mayo y Junio, y según la disposición de los profesores, los diferentes miembros del equipo del proyecto, realizarán los talleres en los diferentes colegios.

El mes de Septiembre, estará terminado el proyecto, con los resultados de los indicadores, que se habrán analizado durante el verano.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará ordenador con programa informático para la presentación de diapositivas

Cañón-proyector

Muñecos o peluches (que aportarán los escolares)

Aula diáfana para la realización del taller

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Niños

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y PARADA CARDIORESPIRATORIA

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0064 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LOS FRCV EN LA ZBS DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO

2. RESPONSABLE EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLERA BUESO GUILLERMINA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· YUSTE PLUMED MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO AGUSTIN. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLLEN GASCON SONIA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados. El Riesgo Cardiovascular es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un periodo de tiempo. Engloba la cardiopatía coronaria, la aterosclerosis aórtica, el ACV, la enfermedad renal crónica y la arteriopatía periférica. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son condicionantes endógenos o exógenos que aumentan la probabilidad de morir por una ECV. Los más importantes son el tabaco, la HTA, la dislipemia y la DM, que son considerados como factores de riesgo (FR) mayores.

El daño orgánico es el resultado de un proceso continuo, es una etapa intermedia, donde los síntomas y los signos son prácticamente inaparentes.

Detectar el daño en los órganos diana, en etapas subclínicas, y actuar en consecuencia, ayuda a disminuir la mortalidad secundaria de estas enfermedades y brindar una mayor calidad de vida.

Podemos encontrar pacientes con FRCV que ya presentan un daño orgánico asintomático (DOA), que de no detectar o actuar puede evolucionar a una ECV establecida. Podemos conocer dicho daño midiendo distintos parámetros:

-Presión pulso en ancianos mayor o igual a 60.

- EKG: signos de HVI

-Ecocordio: HVE con índice de masa ventricular izda mayor de 115 en hombres y mayor de 95 en mujeres.

-Engrosamiento de pared carotídea mayor de 0.9, o ver placa de aterosclerosis.

-Velocidad onda pulso carotídeo femoral mayor de 10

- ITB: menor de 0.9 (índice tobillo brazo)

-FG estimado entre 30-60 ml/minuto /1.73 m por CKD.

-Microalbuminuria (30-300 mg / 24 h o cociente albumina/creatinina (30-300 mg /g en muestra matutina).

En AP, podemos detectar DOA, a través de una analítica, buscando microalbuminuria, filtrado glomerular (FG), realizando EKG y midiendo el ITB.

La enfermedad arterial periférica es una manifestación de arteriosclerosis sistémica. A través del ITB podemos diagnosticar pacientes asintomáticos. Un ITB <0.9 se asocia a una tasa de mortalidad a 10 años y complicaciones coronarias graves dos veces mayor que las tasas generales de cada una de las categorías del Framingham.

Según la Guía Nice y la ESH/ESC, los pacientes, menores de 81 años, con daño en órgano diana, deberían iniciar tto antihipertensivo ya en un estadio I. En estos casos se consideran de alto RCV.

En función del RCV, los límites de colesterol LDL permitidos varían, si el RCV es muy alto, alto, moderado o leve.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con este proyecto, intentaremos identificar, entre los pacientes con FRCV mayores, si presentan daño orgánico asintomático, a través de los medios de AP.

Se revisará el RCV de los pacientes y en función del mismo, revisar el tto que presenta e intensificar las medidas, según recomienden las últimas guías clínicas. Con ello repasaremos todos nuestros pacientes y veremos si hacemos un correcto tto.

Población Diana.

Pacientes con HTA, Fumadores, DM, dislipemia, sin enfermedad cardiovascular establecida, a partir de entre 40-80 años de edad, de la ZBS de Aliaga.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se revisarán todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular de la ZBS que estén en la cartera de servicios incluyéndolos en una tabla, con el N. Historia, Edad, FRCV, microalbuminuria, ITB, FG, EKG y RCV. Quedan excluidos los mayores de 80 años y los que hayan presentado algún evento cardiovascular.

A aquellos con parámetros que nos indiquen la presencia de daño orgánico asintomático, se les pautará medidas de control de peso, de HTA, de glucemias y abandono tabaquico, así como tratamiento intensivo para la dislipemia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0064 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LOS FRCV EN LA ZBS DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO

1. Porcentaje de pacientes con DOA entre todos los estudiados
2. Porcentaje de pacientes con DOA con más de un FRCV.
3. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DM.
4. Porcentaje de pacientes con DOA entre los HTA.
5. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DL.
6. Porcentaje de pacientes con DOA entre los fumadores.
7. Porcentaje de pacientes que se han beneficiado de nuestro estudio

Evaluaremos como de controlados se encuentran nuestros pacientes, en cuanto a sus FRCV, actuando en cada caso particular, tanto sobre los estilos de vida como a nivel farmacológico si lo necesitan, mejorando así la calidad de vida e intentando disminuir posibles eventos cardiovasculares futuros.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La actividad se realizará a lo largo del año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se utilizarán analíticas, ekg y doppler para evaluar arteriopatía periférica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

2. RESPONSABLE LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALIAGA
• Localidad ALIAGA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANCHEZ MOLINA EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• LLERA BUESO GUILLERMINA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• YUSTE PLUMED MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ LOZANO AGUSTIN. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• GUILLEN GASCON SONIA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• PEREZ LLERA MARCOS. TECNICO SUPERIOR TAFAD. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
• MORA LILLO OLGA. MAESTRO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tanto el personal sanitario del centro de salud como la maestra de Educación de Adultos del centro de Aliaga, hemos observado determinados problemas, dudas o preocupaciones que afectan a nuestra población y nos hemos planteado desarrollar actividades de forma conjunta, basándonos en las motivaciones de la gente, con el fin de dotarles de las herramientas necesarias para su control. Debido a que abarcamos una población tan variada en lo que a inquietudes se refiere, hemos de plantear actividades muy diversas. Las diferentes situaciones sobre las que queremos actuar se detallan a continuación:

1. Carencia de conocimientos en relación con los trastornos fisiológicos asociados a la menopausia.
2. Dificultad a la hora de controlar las emociones y carencia de habilidades para su resolución.
3. Tendencia al sedentarismo que unido a una alimentación inadecuada se asocia con sobrepeso y obesidad, hemos observado entre nuestros pacientes una prevalencia importante de sobrepeso.
4. Nos encontramos en un entorno con inviernos duros, tendencia a la despoblación... se debe fomentar la oferta de actividades que consigan que nuestros pacientes se relacionen, eviten la soledad y tengan una vida más activa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los receptores serán adultos de ambos sexos mayores de 16 años y alumnos de la Escuela de Adultos de la zona.

OBJETIVOS:

Reducir el estrés en la población y lograr un adecuado equilibrio emocional sin intervención farmacológica
Eliminar los falsos mitos creados en torno a la menopausia
Promover la actividad física y el respeto al Medio Ambiente
Conocimiento de la dieta Mediterránea y su aplicación en la alimentación diaria
Promover vida activa evitando el sedentarismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Talleres de yoga 1 día a la semana en las diferentes poblaciones de la zona impartido por maestra de adultos.
Excursiones por diferentes entornos de la zona en el último trimestre del curso.
Taller de alimentación saludable a cargo del equipo sanitario del Centro de Salud en el tercer trimestre del curso.
Mesa Redonda: "Falsos mitos de la Menopausia", llevada a cabo por equipo sanitario del Centro de Salud.
Ejercicios destinados a la prevención de osteoporosis y sus consecuencias impartidos por un graduado en Actividad Física, Deportiva y Ciencias de la Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación inicial mediante encuesta para valorar los conocimientos previos y expectativas en lo que a alimentación, control de emociones, menopausia y actividad física se refiere.
Encuesta final para evaluar resultados.
Diferencias en hábitos alimentarios entre ambos sexos.
Nivel de aprovechamiento de los servicios por sexo.
Descenso en el número de consultas por temas fisiológicos y emocionales relacionados con la menopausia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Enero a Diciembre de 2019.
Reunión del equipo sanitario 1 vez al mes.
Reunión con maestra de adultos cada 2 meses.
Taller de Alimentación saludable en el mes de Abril.
Mesa redonda: "Falsos mitos de la Menopausia" en el mes de Junio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula de audiovisuales dotada de proyector y ordenador.
Aula para impartir clases de yoga y actividad física con esterillas para realización de actividades.
Observación directa: cuestionarios, exposición de los profesionales...
Libros de lectura, revistas, periódicos
Alimentos saludables para realización de merienda el día de la excursión.

Proyecto: 2019_0416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

10. OBSERVACIONES.

Se contará con el apoyo de la maestra de educación de adultos, personal sanitario y graduado en Actividad física, deportiva y Ciencias de la salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención comunitaria: control emociones, menopausia...
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNIFICACION EN LA TOMA DE DATOS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA PARA LOS AVISOS URGENTES DOMICILIARIOS

2. RESPONSABLE GEMMA REDOLAR CHASENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MALO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· CARBO ROSELLO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· EZPELETA FERNANDEZ FERNANDO JAVIER. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· TERRADO SERRANO MARIA ASCENCION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO GUTIERREZ ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el último año se han producido nuevas incorporaciones al centro de salud y a su vez ha aumentado la rotación de personal que trabaja en el centro, por lo que se hace necesario establecer una metodología en la recogida de datos para la atención domiciliaria urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar una plantilla que recoja todos aquellos datos de filiación y sanitarios que nos faciliten una rápida actuación domiciliaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de una plantilla en formato papel y autocopiativa con los datos de filiación y sanitarios.
- Reparto de la plantilla en los distintos teléfonos del centro de salud en los que se recogen los avisos telefónicos urgentes.
- Idear un sistema de recogida de las plantillas y colocar dicho sistema.
- Presentación de la plantilla y su sistema de recogida a todos los miembros del centro de salud que participan en la atención continuada.
- Elaborar una hoja explicativa sobre este proyecto de mejora para facilitarla a todos aquellos nuevos miembros que se vayan incorporando al centro durante el desarrollo del mismo.
- Elaborar una encuesta de evaluación final sobre el proyecto y su pertinencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de plantillas recogidas/número de avisos telefónicos urgentes citados en OMI durante 6 meses
- Análisis de la encuesta de evaluación final sobre el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo: Creación de la plantilla y del sistema de recogida
- Abril: Presentación al equipo y colocación de las plantillas y del sistema de recogida.
- Mayo: Inicio del uso de la plantilla y recogida de las mismas
- Noviembre: Finalizan los 6 meses evaluables para el cálculo de los indicadores. Se inicia tratamiento de los datos. Realización de la encuesta de evaluación del proyecto.
- Diciembre: Presentación al equipo de los resultados. Finaliza el proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para la elaboración de la plantilla y su posterior impresión habrá que contactar con el Sector sanitario para evaluar si existe la posibilidad de que dicho material o parte del mismo nos sea facilitado por suministros.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dirigido al personal que desempeña su labor en la Atención Continuada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y ADECUACION DEL CONTENIDO DEL MALETIN DE URGENCIAS, VITRINA DE PARADAS DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C. S. DE BAGUENA

2. RESPONSABLE CRISTINA GRACIA MALO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARBO ROSELLO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· EZPELETA FERNANDEZ FERNANDO JAVIER. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· REDOLAR CHASENAS GEMMA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO MORENO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN FUERTES FRANCISCO JOSE. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es primordial para una atención urgente de calidad en el ámbito de Atención Primaria mantener un carro o vitrina de paradas y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados. Desde hace 5 años en nuestro centro de Salud disponemos de un maletín de urgencias destinado a los avisos domiciliarios urgentes pero creemos necesario actualizar y modificar su contenido y el del vehículo adecuándolos a las características de la población que atendemos tanto por su tamaño y dispersión como por la lejanía al hospital de referencia (más de 90 Km), de tal manera que garantice la resolución óptima de los problemas de salud urgentes más prevalentes de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad asistencial en situaciones de urgencia de la población
Actualizar listado de medicamentos y material sanitario del maletín de urgencias y vitrina de paradas para evitar acumular material innecesario que dificulta su transporte y/o manejo.
Adecuar el contenido del vehículo del Centro.
Seguir con el sistema rotatorio de revisión, mantenimiento y control de caducidades que ya está implantado en el Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Establecer responsable o responsables
Informar a los profesionales del equipo del proyecto
Revisión bibliográfica y manejo de las últimas recomendaciones de equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente
Realización de listados de medicamentos y material sanitario con definición de stocks
Reunión con los integrantes del equipo para consensuar y unificar criterios
Solicitar a nuestra Gerencia de A. P., mediante propuesta razonada, material básico e imprescindible

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios mediante encuesta
Implicación del personal sanitario mediante fórmula: N° de registros de revisiones periódicas realizadas / N° de registros de revisiones periódicas planificadas x 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Reunión para presentación del proyecto
Abril: Creación de listados y puesta en común. Solicitud de material necesario
Mayo: Montaje de maletín y vitrina
Noviembre: Encuesta de satisfacción
Diciembre: Evaluación
Enero: Envío memoria final

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias y emergencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y ADECUACION DEL CONTENIDO DEL MALETIN DE URGENCIAS, VITRINA DE PARADAS DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C. S. DE BAGUENA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0381 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION TERRADO SERRANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO GUTIERREZ ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· DE LA PAZ FIGUERO LEONEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL ASENSIO ROCIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BAGUENA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde la Dirección del Colegio de Báguena perteneciente al CRA El Poyo del Cid se nos solicitó la posibilidad de dar formación a los niños sobre la actuación de primeros auxilios frente a situaciones de accidentes y urgencia más habituales que puedan surgirles.
Dada la gran capacidad de aprendizaje en estas edades, la importancia del tema y el interés mostrado por el centro educativo queremos aprovechar la oportunidad y consideramos importante la realización de este proyecto incluyéndolo en el ámbito de actividades de educación comunitaria de nuestro centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que los alumnos del colegio de Báguena adquieran conocimientos y habilidades para actuar en un primer momento ante una situación de contusión, herida, epistaxis y quemadura.
Aprender a identificar una emergencia vital.
Conocer el teléfono de emergencias 112 y cómo utilizarlo.
Conocer la Posición Lateral de Seguridad y saber como actuar ante una situación de atragantamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se contactará con el centro escolar para concretar la fecha de realización del taller.
Preparación del temario y del material necesario para la actividad: medios audiovisuales, plantillas para colorear.
Los alumnos traerán un muñeco o peluche para poder practicar.
Preparación del test de valoración previo al inicio del taller y final así como elaboración de una encuesta de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Niños participantes / total de niños del colegio.
Test previo antes de iniciar la sesión y test final para valorar los conocimientos adquiridos.
Encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Marzo a Junio de 2019 - Preparación de material necesario y realización del taller.
Durante el segundo semestre de 2019 - Evaluación de resultados y elaboración de la Memoria final.
Fecha prevista para la finalización del proyecto - Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Material de oficina y audiovisual.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACTIVIDADES PREVENTIVAS
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAS HISTORIAS CLINICAS EN PAPEL DEL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA TODAVIA TIENEN MUCHO QUE CONTAR

2. RESPONSABLE ANA ROCIO BERNAL ASENSIO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· DE LA PAZ FIGUEROO LEONEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la implantación de la historia clínica electrónica, los archivos de historias clínicas se han convertido principalmente en lugares de almacenaje para los documentos de los pacientes, en la mayoría de ocasiones sin ningún orden ni revisión.

Debido a la carencia de archivadores suficientes en nuestro Centro de Salud hay un déficit en el procedimiento de almacenaje de las historias clínicas de fallecidos, acumulándolas en cajas en sitios inapropiados, en la zona de administración, y ante la vista de los pacientes que acuden al centro a solicitar cita u otros trámites. Además esta cantidad de papel almacenado constituye un riesgo en caso de incendio.

Asimismo, en los consultorios locales adscritos al centro, como consecuencia de la progresiva despoblación y migración hacia otros núcleos urbanos mas poblados, se acumulan muchas historias clínicas, que no corresponden al número actual de pacientes. Creemos que pueden ser éxitos no archivados correctamente, historias de pacientes trasladados que no se han solicitado desde su nuevo Centro de Salud, o historias de pacientes desplazados a nuestras consultas durante algún periodo estival, que posiblemente, en algunas ocasiones, ya hayan fallecido.

Se solicitó un nuevo archivador metálico hace un año para poder ordenar, guardar y custodiar las historias clínicas que están en el archivador defectuoso y también las historias clínicas de pacientes fallecidos del C.S. De Bâguena. Al recibirlo, vamos a comenzar la reorganización de las historias clínicas y, aprovechando esta situación, nos proponemos también organizar las historias de los consultorios locales adscritos al centro de salud y gestionarlâs de una manera apropiada.

La actualización de dichos documentos puede contribuir a una mejora en la gestión de la atención, favoreciendo la búsqueda de los datos de la historia clínica en papel de nuestros pacientes en caso necesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Identificación y archivo adecuado de historias clínicas de los pacientes ya fallecidos del centro de salud. Gestión de la destrucción de historias clínicas de éxitos superiores a 5 años siguiendo el procedimiento adecuado. Evitar riesgos secundarios a la presencia de historias clínicas mal almacenadas, como tropiezos, riesgo de incendio, suciedad acumulada, o tan graves como no garantizar la protección de datos personales o peligro de pérdida de datos.

Búsqueda de historias clínicas de pacientes que ya no están adscritos a nuestro centro de salud.

Identificación de historias clínicas de pacientes desplazados, descartar las de los pacientes fallecidos, y archivarlas de manera independiente.

Custodiar adecuadamente los datos de los pacientes que pudieran ser utilizados posteriormente.

Aprovechar para corregir y actualizar los datos incorrectos de los usuarios del Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Impartir una sesión clínica en el equipo sobre archivo y documentación en Atención Primaria.

Crear un archivo bien organizado con las historias clínicas de los usuarios y unas hojas de registro con datos de paciente fallecidos: nombre y apellidos, nº de AR, población, fecha de nacimiento, fecha de éxitos para poder controlar el traslado de dichas historias clínicas a la Subdirección Médica para su destrucción pasados 5 años del fallecimiento e ir revisándolo periódicamente. El personal sanitario traerá al C.S. de Bâguena las historias clínicas de los pacientes fallecidos de los consultorios locales de los pueblos que constituyen dicha Zona Básica de Salud.

Actualizar las historias clínicas de los pacientes que tenemos con los que realmente viven en cada población. Archivar adecuada e independientemente las historias clínicas de pacientes desplazados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro adecuado de pacientes fallecidos: historias de pacientes fallecidos con una hoja de registro de datos elaborada correcta/total historias de pacientes fallecidosx100. Estándar 80%.

Historias clínicas de pacientes fallecidos que se destruyen según protocolo: N° de historias clínicas(HC) de pacientes fallecidos>5años que no se han mandado destruir/ N° HC de pacientes fallecidos totales que se archivan en la actualidadx100. Estándar <10%.

Gestión adecuada de historias clínicas de pacientes que ya no tienen TIS en este centro de salud: N° HC de pacientes sin TIS clasificadas y archivadas correctamente/ N° total HC identificadas de pacientes sin TIS actualmente en la zona de salud X100. Estándar: 80%

Encuesta de satisfacción entre los profesionales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: Abril de 2019.

Nos informaremos adecuadamente sobre las gestiones administrativas correctas contactando con los distintos departamentos y se impartirá la sesión sobre actualización sobre archivo y documentación.

Proyecto: 2019_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAS HISTORIAS CLINICAS EN PAPEL DEL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA TODAVIA TIENEN MUCHO QUE CONTAR

Se creará la hoja de recogida de datos de las historias de los pacientes fallecidos. Una vez completada esta fase iniciaremos la identificación de las historias, archivo y gestión.
Fecha fin de proyecto: Noviembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos y materiales de los que disponemos en el centro de salud.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL PACIENTE
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO VIGARA JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· TUNDIDOR SARASA NURIA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el EAP de Calamocha existe la cultura de realizar actividades de promoción para la salud y educación sanitaria desde hace unos años, en parte motivado por el ámbito rural, la gran dispersión geográfica, los problemas de desplazamiento, falta de infraestructuras y el envejecimiento poblacional, lo cual hace muy provechoso este tipo de actividades.

Con este proyecto se pretende hacer llegar información verídica, de rigor y supervisada por varios facultativos que desempeñan su labor asistencial en la provincia de Teruel, promoviendo la política en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento en Salud a nivel poblacional, facilitando el empoderamiento del paciente y la posibilidad de autocuidado desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad, de una forma accesible, económica y lúdica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Consolidación del EAP en relación con la Mejora de Calidad.
- Difundir Educación Sanitaria en zonas rurales de manera eficiente.
- Mejorar el conocimiento a nivel poblacional en temas relacionados con la Salud, el bienestar y el autocuidado.
- Fomentar el empoderamiento del paciente, promoviendo que adopte una actitud proactiva a la hora de mejorar su salud y de prevenir la enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Planificación:

Se planificó una reunión con una radio local de la zona básica de salud de Calamocha (Teruel) para valorar la posibilidad e interés de diseñar un programa de difusión en relación con temas de la salud a nivel poblacional. Una vez confirmado el interés potencial en la actividad, sus beneficios en relación a la labor formativa y divulgativa, se ha diseñado un cronograma, selección de temas/ patologías más prevalentes y de mayor interés a nivel de la comunidad.

Sesiones Programadas:

Se han programado diez sesiones radiofónicas, realizadas con una cadencia quincenal. Se emitirán por tanto cada quince días, todos los martes en horario de 13.30 a 14 h, desde Radio Calamocha, elaboradas e impartidas cada una de ellas por los tres miembros del equipo de mejora. Los temas, contenidos y fechas de emisión están perfectamente estructurados mediante organigrama temporal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Dado que la elaboración y uso de indicadores para valorar posteriormente el programa es muy dificultoso, se ha decidido elaborar posteriormente un cuestionario de valoración entre los usuarios del Sistema sanitario (pacientes que acuden a consultas médicas y de enfermería) de la zona para comprobar difusión y utilidad del programa. Además, se solicitará a la radio local los resultados del EGM (estudio general de medios) para intentar conocer el impacto local de la emisión del programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 29 de enero de 2019
Temática: Gripe y catarros.

2º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 12 de febrero de 2019
Temática: Alimentación saludable.

3º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 26 de febrero de 2019

Proyecto: 2019_0214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Temática: Obesidad y sedentarismo.

4º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo

Fecha: 12 de marzo de 2019

Temática: Beneficios del ejercicio físico.

5º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara

Fecha: 26 de marzo de 2019

Temática: Diabetes.

6º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa

Fecha: 9 de abril de 2019

Temática: Tabaco y alcohol.

7º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo

Fecha: 7 de mayo de 2019

Temática: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.

8º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara

Fecha: 21 de mayo de 2019

Temática: Cáncer.

9º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa

Fecha: 4 de junio de 2019

Temática: Artrosis y dolor.

10º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo

Fecha: 18 de junio de 2019

Temática: Atención Primaria y urgencias. Uso racional.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con radio local.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. educación sanitaria englobando patologías frecuentes en la comunidad.

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0772 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE RAQUEL LAHOZ ABADIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLANES LUÑO RICARDO. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· CALVO CONS ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL CEREZUELA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· ZABALA GARCIA ANA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· TUNDIDOR SARASA NURIA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· TARTAJ TOMAS JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante una parada cardio-respiratoria, prima la rapidez en la primera atención, siendo de gran importancia la actuación en los primeros minutos. La comunidad ha comenzado a percatarse de ese hecho, y se han empezado a adquirir desfibriladores semiautomáticos (DESA) en los ayuntamientos. Con ello surge la necesidad de recibir una formación básica y adecuada para saber actuar ante estas circunstancias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS: Proporcionar los conocimientos necesarios sobre:

1. La magnitud del problema de la parada cardíaca.
2. RCP Básica.
3. Las características de los desfibriladores semiautomáticos.
4. Cadena de supervivencia y el papel de la desfibrilación temprana.

Se captará a la comunidad a través de carteles y en la propia consulta. Se realizarán grupos por zonas de población para realizar varias sesiones en grupos pequeños. Se espera que la gente al finalizar la sesión adquiera las capacidades iniciales necesarias para actuar ante una PCR, y se evaluará mediante una encuesta final.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se distribuirán las sesiones por grupos de población según zonas próximas territorialmente:

1. Odón, Bello, Tornos
2. El Poyo, Fuentesclaras.
3. Barrachina, Cutanda, Navarrete
4. Calamocha

Se repartirá entre los asistentes información por escrito. Por cada grupo de población se realizará una sesión de aproximadamente 90-120min, que se evaluará con unas encuestas al principio y al final de aspecto teórico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Como indicadores de resultados utilizaremos las encuestas teóricas (pre y post-sesión) y una encuesta de satisfacción del proyecto para valorar posibles cambios en el mismo / inquietudes / necesidades de la población.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se prevee la realización de 4 sesiones de 90-120 minutos cada una, con los responsables descritos anteriormente, a realizar durante el año 2019. Finalizando con el consiguiente análisis de resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesario la impresión de la documentación a repartir entre los asistentes, así como de los carteles informativos. Contaremos asimismo con apoyo de material audiovisual para facilitar la transmisión del mensaje.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tanto individuos sanos como con enfermedades crónicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0979 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO CONS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL CEREZUELA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANDEBO ISABEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO PICAZO JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ ABADIAS RAQUEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE SAEZ MARIA JESUS. TCAE. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· LLANES LUÑO RICARDO. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el C. S. Calamocha se realizan análisis de sangre y recogida de muestras para enviar a laboratorio dos días a la semana, realizando una media diaria de 44 extracciones de sangre y 6 muestras de orina y/o heces no conjuntas con sangre. La población en general conoce el concepto "ayunas" y la necesidad de llevarlo a cabo previo al análisis de sangre, pero hemos detectado otras dudas que surgen: ¿Cuántas horas de ayunas? Si el análisis es únicamente de orina, ¿también hay que guardar ayunas? ¿Dónde debo guardarla hasta la entrega en el centro de salud?

Partimos de una situación en la que la gente conoce los conceptos básicos, pero las dudas se generan al tratarse de otro tipo de análisis: heces, orina de 24h, etc. Estas dudas no resueltas son las que pueden llevar a un error de recogida, mantenimiento y/o entrega de la muestra.

Problemas detectados:

no realizan correctamente las ayunas
no recogen/mantienen correctamente la muestra de orina: no realizan correcta higiene previa a la recogida, no recogen orina de primera hora
no recogen/mantienen correctamente la muestra de heces

Hemos pensado en lo útil que sería poder aunar todas las recomendaciones que podríamos hacer y respuesta a preguntas más frecuentes de aquellos pacientes que vayan a someterse a un análisis de laboratorio en una única hoja informativa que sería entregada por la persona que solicita el análisis a la vez que se entrega el volante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Unificar recomendaciones por parte del personal sanitario
Mejorar los conocimientos de la población susceptible sobre recogida, mantenimiento y entrega de las muestras
Minimizar errores de recogida, mantenimiento y recogida de las muestras

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para conseguir nuestros objetivos debemos elaborar la hoja informativa, para lo cual necesitaremos:

-elaborar calendario de actividades
-distribuir tareas entre los participantes del equipo de trabajo
-presentar el proyecto a todo el personal del centro en una sesión clínica
-ponernos en contacto con el servicio de laboratorio de HOP y contrastar información sobre los distintos análisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Encuesta de valoración a pacientes
-Encuesta de valoración al personal del C.S.Calamocha

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de proyecto: Marzo 2019
Previstas 3 reuniones de equipo (inicio, implantación, previo a la evaluación)
Fin del proyecto: evaluación en Noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Hoja informativa impresa
Encuestas de valoración impresas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0979 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mejora de la práctica clínica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C. S. CEDRILLAS

2. RESPONSABLE AINARA ALONSO VALBUENA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS CEDRILLAS
• Localidad CEDRILLAS
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• MARTINEZ NAVARRO CRISTINA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• SUAREZ CRESPO SUSANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• JULIAN MARTINEZ ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• MARCO GRACIA MARTA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• RUEDA PEREZ ANDRES. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
• MAÑAS BERNAD ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
• SANZ BARAJAS PEDRO. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto se gesta en la valoración de los indicadores del acuerdo de gestión de 2018 de nuestro centro de salud, en el que queda reflejado que la cobertura de estatinas en este tipo de pacientes está en un nivel inferior al esperado.

Tal y como queda reflejado en las guías clínicas (AHA, NICE), los pacientes con enfermedad cardiovascular ya diagnosticada (prevención secundaria) se benefician de un abordaje más intenso de su hiperlipemia. Así pues, el tratamiento con estatinas es un pilar fundamental en el control de posibles recidivas y de la mortalidad en este tipo de pacientes.

Somos conscientes de que en un alto porcentaje de pacientes, la incidencia está en el inadecuado registro de la medicación asociado al episodio cardiovascular y no en el la falta del tratamiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1- Definir aquellos pacientes en prevención secundaria.

2- Conocer los pacientes que precisan tratamiento y carecen de él.

3- Conocer los pacientes en tratamiento pero con un mal registro en episodio de OMI-AP

4- Intentar llegar a una cobertura del 90% de tratamiento con estatinas en pacientes con prevención secundaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación del proyecto en reunión de equipo- Marzo 2019

-Formación a los profesionales con el objetivo de actualizar los conceptos relativos a las estatinas- 2º trimestre de 2019

-Reuniones de EAP para revisión/control de indicadores trimestrales

-Realización de memoria final febrero- marzo 2020

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Uso de estatinas en pacientes con prevención secundaria.

NUMERADOR: pacientes con prescripciones activas en receta electrónica en estatinas en prevención secundaria.

CIA distintos con prescripción activa de simvastatina o lovastatina, o pravastatina o fluvastatina o atorvastatina o rosuvastatina o pitavastatina o simvastatina + ezetimiba o pravastatina + fenofibrato o atorvastatina + ezetimiba o atorvastatina + amlodipino o atorvastatina + AAS+ Ramipril y con código CIAP angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardiaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90).

DENOMINADOR: pacientes con diagnóstico de prevención secundaria

CIA distintos con código CIAP K74, K75, K76, o K90

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La aplicación del proyecto será un año

Presentación- Marzo 2019- Difusión al resto del equipo

Formación Interna- Sesión Clínica - Abril 2019

Reuniones- 1 vez cada 3 meses para análisis de los datos coincidiendo con los cortes trimestrales

Evaluación del proyecto enero 2020

Realización de la memoria final -febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Conocimiento OMI

Consulta de últimas recomendaciones en prevención secundaria según las guías más actuales (NICE, AHA)

presentación Power Point y proyector

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_0274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C. S. CEDRILLAS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

2. RESPONSABLE ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COMAS RIBAS EDUARDO. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RUBIO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MARCO GRACIA MARTA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· RUEDA PEREZ ANDRES. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO PEREZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MAÑAS BERNAD ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La personas ancianas y/o las demenciadas y/o los pacientes con poca capacidad inspiratoria y/o los que no son capaces de utilizar la tecnica adecuada, no siempre usan correctamente los dispositivos inhaladores. Los profesionales no siempre conocen, en profundidad, los más de 26 SISTEMAS, 40 FÁRMACOS, 141 PRESENTACIONES amén de las distintas cámaras de los distintos inhaladores. Se ha detectado que algunos pacientes no usan correctamente los inhaladores, otros no usan el sistema más adecuado para ellos, y otros, simplemente, no están capacitados para usarlos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Deteccion de los pacientes con uso inadecuado de los inhaladores
Ajuste del tipo de inhalador o retirada del mismo
Todo ello enfocado a disminuir el numero de exacerbaciones en pacientes con EPOC/ASMA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Educacion grupal sobre el uso de inhaladores
Valoracion individualizada de los pacientes que usan inhaladores
Formacion a los profesionales, sobre los multiples dispositivos, y su indicación en un tipo u otro de patologia o paciente
Adecuación del inhalador más adecuado a cada paciente
Retirada de los inhaladores en pacientes que no son capaces de usarlos correctamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes que usan inhaladores, que acuden a sesiones de educación grupal
% de pacientes que tienen prescrito un inhalador, que son revisados
% de pacientes a los que se les indica un cambio en el tipo de inhalador
% de pacientes a los que se les retira el inhalador
% de disminución de episodios de exacerbacion de EPOC/ASMA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019. listado de pacientes con inhalador
Junio 2019. Educacion grupal a los usuarios de inhaladores
Junio 2019. Sesión Clínica, a los profesionales del Centro de Salud, sobre los distintos tipos de inhaladores y su indicación
Junio 2019 - Noviembre 2019, revision individualizada de los pacientes que usan inhalador
Diciembre 2019. Evaluación de la disminución de las exacerbaciones de EPOC/ASMA habidas durante el segundo semestre del año
Encuesta de satisfacción entre los usuarios de inhaladores

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN EL C.S. DE CELLA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· COSCULLUELA ABADIA ANGEL. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOZANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ORTIZ FERNANDO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MONCLUS AMPARO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable. Los síntomas son poco relevantes hasta que la enfermedad esta bien establecida y los fumadores normalizan sus síntomas con poca motivación para el abandono del tabaco. Con frecuencia es subdiagnosticada o diagnosticada de forma incorrecta y por lo tanto no tratada. En el Centro de salud de Cella la prevalencia de la EPOC registrada es del 0.377 y la estimada es del 16.7% de ahí la importancia de este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Aumentar el diagnostico de EPOC en el C.S. De cella
-Garantizar en adecuado seguimiento de la poblacion con factores de riesgo para desarrollar EPOC.
-Tabaco: fumadores activos/pasivos
-Factores endogenos: Hiperreactividad bronquial, infecciones infancia, asma cronica,
-Factores ambientales: contaminacion..etc.
-Garantizar un adecuado seguimiento a los pacientes diagnosticados de EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Sesion clinica sobre EPOC a cargo de un miembro del equipo.
-Taller practico sobre realizacion de espirometrias y diagnostico de EPOC.
-Sesion clinica sobre el registro de las intervenciones realizadas en los pacientes EPC y fumadores.
-Revision de las historias clinicas de pacientes con episodios de Bronquitis cronicas, asma bronquial y enfisema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Porcentaje de pacientes fumadores a quienes se les ha realizado la intervencion sobre tabaquismo.
-Porcentaje de pacientes >de 15años a quienes se les ha preguntado por consumo de tabaco.
-Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80años a los que se les realiza una espirometria.
-Prevalencia de EPOC en C.S. De Cella al final del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se comienza en marzo 2019 y la duracion prevista para la revision de resultados es de un año

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Espirometro.
-Sala, agenda y responsable de la realizacion de espirometrias.
-Listados de los pacientes incluidos en la cartera de servicios con diagnostico de EPOC al principio y al final del proyecto
-Listados de fumadores incluidos en la cartera de servicios.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HERRAMIENTAS PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LA POBLACION DE LA ZBS DE CELLA

2. RESPONSABLE AMELIA CERESUELA LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS CELLA
• Localidad CELLA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ORTIZ VILLANUEVA LOURDES. MATRONA. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• GIL VALERO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• COSCULLUELA ABADIA ANGEL. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA LOZANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA MONCLUS AMPARO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
• GRACIA ORTIZ FERNANDO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado en los últimos tiempos un aumento de la demanda de casos de malestar emocional, entendido como un conjunto de sensaciones subjetivas, con una serie de síntomas inespecíficos que disminuyen la calidad de vida, generando vulnerabilidad en todas las áreas tanto física, social como emocional.

Entre ese aumento de casos predominan los de ansiedad, stress e insomnio y todo ello en la población general (incluidos niños y adolescentes). Además con gran frecuencia tienen una repercusión somática, afectando al área física y provocando a su vez, un aumento de la frecuentación en nuestras consultas.

Se suma, que la mayoría de los pacientes manifiestan una negativa para ser derivados a Salud Mental o recibir tratamiento farmacológico sin ser acompañado "de algo más".

Así pues, sería de vital importancia intentar aumentar la salud de la población no sólo centrándonos en la salud física, sino buscando además su bienestar emocional, que se conoce como "el estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Proporcionar herramientas a la población para la autogestión del malestar emocional en general y en momentos puntuales (crisis de ansiedad o pánico, acontecimiento vital adverso propio o de familiar/amigo...)

-Disminuir la frecuentación de los pacientes por este motivo o por motivos físicos que enmascaran un problema emocional.

-Dar un Servicio necesario a la Población, abordando una parte de la persona/paciente que tiende a dejarse descuidada u olvidada. Recordando que somos un SER que precisa equilibrio mente-cuerpo.

-Complementar el tratamiento en algunos casos farmacológico con técnicas que proporcionarán una mejoría más rápida, un aprendizaje de la autogestión emocional, y quizás una disminución o supresión temprana del tratamiento (especialmente benzodiazepinas, dado su potencial adictivo).

-Evitar el aumento de la demanda a Salud Mental por casos que potencialmente pueden ser llevados desde Atención Primaria.

-Se actuará en población diana potencialmente sana: Intervenciones en el Colegio de Cella a los niños de 8-12 años. Y en población general con malestar emocional de la ZBS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión con el director del Colegio para organizar las sesiones de 1 hora por clase en el Colegio de Cella al alumnado de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria. Se incluyen la profesora de educación física y la tutora del curso. Se dispone del gimnasio con esterillas y espacio suficiente para desarrollar técnicas de relajación corporal y mental, respiraciones y técnicas de mindfulness (atención plena).

-Captación por parte de medicina, enfermería y matrona, de pacientes que presenten síntomas de malestar emocional (centrados en la ansiedad, nerviosismo, stress e insomnio)

-Actividades grupales (6-7 personas máximo) en la Consulta, para enseñar herramientas de relajación y autoconocimiento. De unos 40 min de duración.

-Actividad individualizada en consulta de unos 20 minutos de duración, a pacientes que precisen tratar su caso y dar herramientas de una manera mas personal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Frecuentación de los pacientes por cualquier malestar emocional y frecuentación de esos mismos pacientes por cualquier motivo.

-Encuestas de satisfacción a los adultos que acuden, a los niños y a los profesores.

-Recogida de la apreciación subjetiva del profesorado sobre la actitud emocional de los alumnos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Las sesiones prácticas previstas con los alumnos del Colegio de Cella, se van a realizar durante el mes de marzo de 2019. Son 4 sesiones, una por cada curso de 3º a 6º de Primaria incluidos, de 1 hora de duración.

-La captación de pacientes con malestar emocional será continua conforme surjan en consulta, y anotando nombre y telefono que se trasladará a la responsable. Será ella la que les cite para la sesión correspondiente.

-Las actividades grupales en el Centro de Salud con pacientes, se llevarán a cabo 1 día cada 3 semanas, con una duración de 2 horas en sesiones de 40 minutos. Se incluirán dentro de la Consulta monográfica destinada para ello.

Proyecto: 2019_0520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HERRAMIENTAS PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LA POBLACION DE LA ZBS DE CELLA

-La sesión individualizada se realizará en sesiones de unos 20 minutos y se podrá incluir dentro de la Consulta monográfica o en la atención programada de la Consulta diaria.
Tanto las sesiones grupales como las individuales se realizarán durante todo un año y reevaluar continuidad posteriormente.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Todos los compañeros sanitarios para la captación de pacientes.
- La médica y matrona que impartirán las sesiones.
- Aula de gimnasio para las prácticas con los alumnos.
- Consulta médica para la impartición de sesiones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUMSKY SUMSKY SERGIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ DIAZ ROGELIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· MAICAS MAICAS FERNANDO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DESDE EL INICIO DE NUESTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CELLA VENIMOS DETECTANDO UN DÉFICIT DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ESENCIALES EN NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS; SIENDO ESTA ALGO FUNDAMENTAL PARA EL AUTOCUIDADO Y MANEJO DIARIO. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE SERÍA CONVENIENTE DESARROLLAR UN PROGRAMA QUE MEJORE EL CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN CUANTO A LOS PILARES BÁSICOS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD (DIETA, EJERCICIO Y MEDICACIÓN).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- POTENCIAR LA CULTURA DE MEJORA DE CALIDAD DE NUESTRO EQUIPO.

- MEJORAR LA CALIDAD DE LA VIDA DE LA POBLACIÓN DIANA, POTENCIANDO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ESPECIALMENTE REFERENTES A ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

- MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN NUESTRA ZONA DE SALUD.

- PROPORCIONAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA QUE EL PACIENTE SEA UN INDIVIDUO CAPAZ, ACTIVO Y AUTÓNOMO RESPECTO AL CUIDADO DE SU DIABETES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- CAPTACIÓN: EN UNA PRIMERA ETAPA REALIZAREMOS LA CAPTACIÓN DE LOS USUARIOS DIABÉTICOS MEDIANTE LA GENERACIÓN DE LISTADOS ATRAVÉS DEL PROGRAMA OMI-AP.

- CONTACTO: POSTERIORMENTE SE CONTACTARÁ CON LOS PACIENTES VÍA TELEFÓNICA Y SE CREARÁN GRUPOS DE APROXIMADAMENTE 10 PERSONAS CON AQUELLOS QUE ACCEDAN A PARTICIPAR DE MODO ACTIVO EN EL PROGRAMA.

- SESIONES PROGRAMADAS: SE LLEVARÁN A CABO DOS SESIONES DE 45 MIN EN CADA GRUPO DURANTE DOS SEMANAS CONSECUTIVAS: LA PRIMERA SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE LA DIABETES Y LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN; LA SEGUNDA VERSARÁ SOBRE EJERCICIO FÍSICO Y LA NECESIDAD DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- PORCENTAJE DE ASISTENCIA ENTRE LOS PACIENTES CONVOCADOS AL INICIO Y LOS QUE FINALIZAN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN.

- VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INDIVIDUALES Y SENCILLAS QUE LOS PACIENTES TENDRÁN QUE CONTESTAR AL INICIO DE LA PRIMERA SESIÓN Y AL FINAL DE LA SEGUNDA, DE ESTE MODO VALORAREMOS LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO PROGRAMA, ASI COMO DETECTAREMOS POSIBLES TEMAS DE INTERÉS FUTUROS Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- ACCESO A LOS LISTADOS DE DIABETICOS DE NUESTRA ZONA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE ABRIL.

- ELABORACIÓN DE CUESTIONARIOS PREVIOS Y POSTFORMACIÓN, ASI COMO PREPARACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL NECESARIO EN LA PRIMERA QUINCENA DE MAYO.

- CONVOCATORIA POR GRUPOS HOMOGÉNEOS Y CONFIRMACIÓN DE AISTENCIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE MAYO.

- INICIO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS JUNTO CON LAS ENCUESTAS DE VALORACIÓN INICIAL EN MES DE JUNIO.

- FINAL DEL PROYECTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LA ENCUESTA FINAL EN MES DE NOVIEMBRE.

9. RECURSOS NECESARIOS.
- ORDENADOR PORTÁTIL Y PROYECTOR PARA VISUALIZACIÓN DE DIAPOSITIVAS POWER POINT.

- MATERIAL FUNGIBLE Y BOLÍGRAFOS PARA REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS.

- LA DOCENCIA Y PRERARACIÓN DE LAS SESIONES SERÁN REALIZADAS POR EL EQUIPO DE MEJORA.

- CONTACTAREMOS CON EL AYUNTAMIENTO DE CELLA PARA QUE NOS FACILITEN EL ACCESO A UNA SALA DEBIDAMENTE EQUIPADA PARA LLEVAR A CABO LAS SESIONES.

Proyecto: 2019_1265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

2. RESPONSABLE DOMINGO ANTONIO FERRERAS GASCO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MONREAL DEL CAMPO
- Localidad MONREAL DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ CADENAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- COSCULLUELA AISA MARIA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ DOMINGO ROSA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- NAVARRO ROMAN CARMEN. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes del entorno rural presentan múltiples desafíos y desventajas respecto a los pacientes del entorno urbano, el cual nos abre a un mundo infinito de información, así como formación sanitaria continua en busca de mejorar la prevención y los autocuidados necesarios en el manejo de sus patologías. Por ende esto influye directamente en una baja educación sanitaria y disminución de la salud.

Una herramienta fundamental de nuestra era y que ha cambiado el mundo es el acceso al Internet desde cualquier región, el cual nos abre a un mundo infinito de información y posibilidades. Por ello en el sector de la Salud debemos aprovechar ese empuje y colarnos para ofrecer a nuestros pacientes las herramientas e información que necesitan de forma rápida, fácil, gratuita y disponible para todos sin importar la dispersión geográfica.

Por todo esto nos hemos planteado implementar una herramienta digital que no teníamos en nuestra comarca: un Blog de salud. Es un instrumento muy efectivo para hacer llegar a las personas la información que creemos que deben conocer, sabiendo los buenos resultados obtenidos en otros Centros de Salud.

Daremos máxima difusión al Blog para que se convierta en una herramienta de contacto directo entre nuestros pacientes y el Centro de Salud. De modo que podamos compartir temas de Salud y actividades relacionadas con la Salud para todos los pacientes de nuestra comarca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Impartir educación sanitaria en la comunidad

Disminuir la distancia existente de nuestros pacientes al acceso a la información de salud

Resolver dudas sobre temas de salud

Crear un enlace virtual entre el Centro de Salud y los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividades: se publican en el Blog cualquier actividad de promoción a la salud que se haga en la Comarca que sean realizadas por el equipo de atención primaria o por otras instituciones relacionadas con la salud.

Oferta de servicios: cada 15 días colgaremos un tema sobre prevención, autocuidado o enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje fácil y dirigido a nuestra comunidad.

Añadiremos un código QR para ampliar las vías de acceso al Blog.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Contaremos el número de visitas al Blog para valorar el impacto y acogida en la población.

Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para evaluar el grado de conocimiento y satisfacción con el Blog.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Crearemos el Blog para que esté operativo en Marzo 2019.

Promocionaremos mediante carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

Insistiremos en que todos los componentes del EAP promocionen verbalmente la existencia del Blog.

Solicitaremos ayuda a los ayuntamientos para mejorar la difusión en toda la comarca.

Se prevé un tiempo de prueba de un año, en el que valoraremos el impacto de visitas, resultado de encuestas y retroalimentación recibida por los pacientes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acceso a internet.

10. OBSERVACIONES.

Dijo una vez Bill Gates: "quien no está en internet no existe". Por eso creemos que el Centro de Salud de Monreal del Campo tiene que estar presente en la Web y explotar ese canal de información para beneficio de todos nuestros pacientes. La era de papel es casi cosa del pasado, por lo que tenemos que hacer un esfuerzo para que los conocimientos lleguen de forma más fácil y cómoda a nuestros pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las actividades preventivas y patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0481 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ESCRICHE AGUILAR
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS MONREAL DEL CAMPO
• Localidad MONREAL DEL CAMPO
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
• FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRO ROMAN CARMEN. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
• GOMEZ PEREZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
• ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
• FORMENTO TORRES MARIA TERESA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El sedentarismo es factor de riesgo común en varias enfermedades como saludables, conduce al aumento de patologías crónicas como obesidad y arteriosclerosis.
Puesto que la inactividad física es mucho más prevalente en personas mayores, hemos pensado organizar paseos saludables dirigidos a ellos, tutelados por personal sanitario de nuestro equipo, con el propósito de lograr que, al tiempo que aprendan a disfrutar de esta actividad, puedan beneficiarse de consejos de vida saludable.
Al margen de los beneficios físicos, la actividad regular contribuye a la mejora del estado de ánimo y la autoestima. A esto hay que añadir el fomento de las relaciones sociales que genera caminar en grupo. hipertensión arterial o diabetes. Unido éste a la carencia de otros hábitos
El disfrute de los parajes naturales de su entorno al aire libre supone también un acicate para estimular este buen hábito.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Experimentar los beneficios del ejercicio físico
- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
- Promover hábitos saludables mediante la educación impartida durante los paseos
- Disminuir el aislamiento social
- Favorecer las relaciones interpersonales
- Aumentar el grado de satisfacción y bienestar de las personas participantes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La captación de las personas se hará mediante la página web de nuestro centro de salud, por un lado, y por otro, a través de la captación en consulta y mediante carteles informativos, que serán distribuidos por la zona. Contamos para ello con la colaboración del ayuntamiento de Monreal, que pondrá también a nuestra disposición un monitor/a que será útil para apoyarnos y para garantizar la continuidad del proyecto.
La actividad consistirá en paseos de marcha moderada, de acuerdo con la condición física del grupo, de alrededor de una hora de duración con algún periodo de descanso.
Se planificarán diferentes rutas adecuadas al grupo. Los paseos tendrán lugar martes y jueves por la tarde durante dos periodos : Abril-mayo-junio y septiembre- octubre-noviembre.
Un profesional sanitario del equipo tutelaré las caminatas y aprovechará para introducir educación en hábitos saludables o solucionar dudas o demandas de información que se planteen.
Según el número de participantes y características de capacidad física, puede valorarse hacer varios grupos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de encuestas anónimas, al comienzo del proyecto y al finalizar cada paseo, que recojan los datos de interés y valoren la satisfacción de los participantes y nos sean útiles para la posterior realización de análisis de datos y sugerencias.

INDICADORES:

- Número de participantes en cada paseo/población total a la que va dirigida la actividad.
- Edad-sexo
- Número de participantes con alguna patología crónica, como HTA-Diabetes-Obesidad/ número total de participantes en la actividad.
- Número de participantes al inicio de la actividad/ número de participantes en las últimas caminatas- Grado de asiduidad.
- Grado de percepción de mejora física y psíquica y en que aspectos
- Grado de satisfacción personal
- Grado de estimulación para continuar incluyendo los paseos en su día a día

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Está previsto que la actividad sea dos días por semana, con una hora de duración y en dos etapas trimestrales: Abril-mayo-junio y septiembre-octubre-noviembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0481 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0319 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

2. RESPONSABLE MARIO BURILLO LAFUENTE
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS MORA DE RUBIELOS
• Localidad MORA DE RUBIELOS
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La OMS utiliza el término «envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

En estrecha relación con este concepto se encuentran el de fragilidad y el positivo impacto que tiene el ejercicio físico en la prevención primaria y secundaria de la misma. La fragilidad se entiende como un estado clínico que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar dependencia y/o aumentar la mortalidad cuando es expuesto a un factor de estrés. Puede ser el resultado de una serie de enfermedades y condiciones médicas, y su evolución hacia la discapacidad puede ser retrasarse o evitarse si se identifica y maneja precozmente.

Las caídas, entendidas como el evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional, constituyen uno de los principales riesgos desencadenantes de una situación de fragilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En todos los casos, referente a personas mayores de 65 años con antecedente de caída en el último año en la zona de salud.

- + Aumentar la fuerza de la musculatura periférica.
- + Disminuir el número de caídas tras la intervención de fisioterapia.
- + Disminuir el número de defunciones por causa relacionada con caídas.
- + Disminuir el número de fracturas de cadera tras la intervención de fisioterapia.
- + Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- + Realización de valoración inicial y final de riesgo de caídas, calidad de vida y marcha por fisioterapia.
- + Programa de intervención de fisioterapia de 2 sesiones grupales semanales durante 8 semanas.
- + Revisión de Historia Clínica Electrónica a los 6 meses siguientes a fin de intervención en busca de registros relacionados con caídas, defunciones o fracturas.
- + Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial previo a inicio de intervenciones sobre las caídas, la fragilidad y la ancianidad, sus posibles abordajes y el rol de la fisioterapia.
- + Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- + pacientes derivados que participan en el programa y completan 10 o más sesiones (objetivo: >85%)
- + caídas en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <10%)
- + porcentaje de fracturas de cadera en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <5%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP e Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio 2º trimestre 2019 y finalización 2º trimestre 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0319 (Acuerdos de Gestión)

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0237 (Acuerdos de Gestión)**

DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

2. RESPONSABLE MARCOS TENA CAMPOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MOSQUERUELA
- Localidad MOSQUERUELA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
- OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes diabéticos demandan en consulta información sobre alimentación adecuada y cuidados generales para el manejo de su enfermedad. Detectamos que hay materias como la higiene de los pies, la forma de cortar las uñas y la presencia de callosidades, que no son atendidas adecuadamente en estos pacientes. También creemos importante educar sobre la importancia de un calzado y prendas de vestir adecuadas. Además, nos parece interesante hacer hincapié en una dieta adecuada en cuanto a cantidad de hidratos de carbono y su reparto a lo largo del día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos y adquirir habilidades en el manejo y cuidado de la diabetes.
- Mantener las cifras de Hb1A en rango en los pacientes que presentan buenos resultados y mejorar las cifras de los que no.
- Mejorar las cifras de microalbuminuria actuales así como los valores de filtrado glomerular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Los pacientes diabéticos realizarán un cuestionario/entrevista de 10 preguntas sobre el tema, con 4 posibles respuestas, de las cuales, una será la correcta. sobre el manejo, riesgos, alimentación y medidas higiénico sanitarias de la diabetes.
- Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes.
- Realizaremos una charla con ayuda de un powerpoint, previa lluvia de ideas.
- Crearemos una pirámide alimenticia en colaboración con los asistentes (feed-back).
- Se expondrá un video demostrativo sobre el cuidado de los pies: higiene, cortado de uñas y correcto secado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se registrará el número de pacientes a los que se les entrega el cuestionario, el número de reuniones realizadas.
- Valorar la mejora de conocimientos de diabetes por medio del test de evaluación.
- Se medirá el cumplimiento del objetivo por medio de analíticas periódicas a este grupo de pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MOSQUERUELA
- Localidad MOSQUERUELA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TENA CAMPOS MARCOS. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
- OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los padres se desvían de los hábitos saludables de la alimentación y evidencian la necesidad de educación alimentaria para un correcto estado nutricional de sus hijos/as, ya que hemos observado que los niños no realizan las cinco comidas diarias y además se percibe una carencia en el consumo de frutas y verduras frescas en su dieta. Además en controles de peso y talla infantil, se obtienen valores en los indicadores que evidencian un sobrepeso en muchos de ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Concienciar y explicar a los padres de la importancia de una dieta equilibrada en la primeras etapas de la vida para adquirir hábitos saludables, estableciendo unos indicadores acordes a los valores normales para su edad y talla.
- Promoción de la dieta mediterránea combatiendo la publicidad obesígena.
- Incrementar las horas de ejercicio físico semanales.
- Aumentar los conocimientos acerca de la pirámide de los alimentos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población seleccionada, que consistirán en organizar una charla en la que, previa lluvia de ideas, se introducirá el tema a tratar y se valorarán los conocimientos de los padres respecto a la alimentación saludable. Posteriormente se dará paso a la exposición de un powerpoint explicativo, y se responderán las dudas e inquietudes que se planteen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se registrará el número de asistentes a las charlas, así como el número de reuniones realizadas.
- Anotaremos los conocimientos adquiridos por los asistentes al finalizar mediante un cuestionario tipo test, con 4 opciones, de las cuales solo una será correcta. El objetivo será recoger un resumen de las ideas principales mostradas en la exposición.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0573 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO SALUD DE SANTA EULALIA

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORTIZ VILLANUEVA LOURDES. MATRONA. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ RAMO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- RUBIO SERRANO DOLORES. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- LATASA LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- CALVO GARCIA FRANCISCO. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- FUSTER OMEDES ANGEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

SANTA EULALIA COMPRENDE UNA POBLACION FEMENINA MUY ENVEJECIDA, EN LA QUE ES FRECUENTE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO COMO INCONTINENCIA URINARIA, PROLAPSO GENITAL, DISPAREUNIA, SEQUEDAD VAGINAL,...

EL DESCONOCIMIENTO GENERAL DE ESTA PATOLOGIA TAN FRECUENTE ENTRE LA POBLACION FEMENINA, REQUIERE UNA LABOR DE INFORMACION CONSTANTE Y REEDUCACION DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PELVICO ASI COMO EL FORTALECIMIENTO DE LA MISMA QUE PUEDE REALIZARSE DESDE LA ADOLESCENCIA. POR ELLO VEMOS MUY POSITIVO LA DETECCION PRECOZ DE ESTA PATOLOGIA EN MUJERES PARA DISMINUIR LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA, PROLAPSO Y MEJORAR CON ELLO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

PRINCIPAL: DETECCION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN POBLACION FEMENINA DE SANTA EULALIA.

POBLACION DIANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO ENTRE 40-70AÑOS.

SECUNDARIOS: DISMINUIR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.

MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO.

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-REALIZACION DE SESION CLINICA AL EAP PARA COMINUCAR Y EXPLICAR EL PROYECTO DESCRITO.

-CAPTACION DE LAS MUJERES ENTRE 40-70AÑOS: TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO PREGUNTARAN A LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD POR LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO Y EN CASO DE DETECCTAR ALGO SE ABRIRA EPISODIO Y SE DERIVARA A MATRONA O RESPONSABLE.

-CITAR EN CONSULTA A LA MUJER PARA ANAMNESIS Y EVALUACION.

-EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA SUELO PELVICO.

-REEVALUACION DE LAS MUJERES SEGUN PATOLOGIA PREVIA Y GRADO CAPACITACION EN LA REALIZACION DE EJERCICIOS. (AL MES, CADA 6 MESES, AL AÑO,...)

-VALORAR RESULTADOS OBTENIDOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-MEJORAR LA INCONTINENCIA URINARIA. (TEST DE CONOCIMIENTOS)

-MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO (EXPLORACION FISICA)

- DISMINUIR INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.

-MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA. (ENCUESTA DE SATISFACCION)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-MARZO 2019: ELABORACION DEL PROYECTO.

-ABRIL A NOVIEMBRE 2019: CAPTACION DE MUJERES ENTRE 40-70AÑOS.

-EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO: JUNIO 2019.

-SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2019:REEVALUCION DE MUJERES según GRADO DE PROLAPSO, INCONTINENCIA, HABILIDAD CON LOS EJERCICIOS,...

-ENERO Y FEBRERO 2020: OBJETIVOS, CONCLUSIONES Y CIERRE DEL PROYECTO.

9. RECURSOS NECESARIOS.

SALA DE EXPLORACION DE GINECOLOGIA CON CAMILLA PERTINENTE. FOTOCOPIAS O TRIPTICOS, SALA DE REUNIONES EN CENTRO DE SALUD PARA LA EDUCACION GRUPAL.

10. OBSERVACIONES.

NINGUNA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0573 (Acuerdos de Gestión)

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO SALUD DE SANTA EULALIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0950 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO- BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

2. RESPONSABLE DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ RAMO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· FUSTER OMEDES ANGEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA FRANCISCO. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LATASA LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según la Guía de Consenso Multidisciplinar en Enfermedad Arterial Periférica (EAP) de extremidades inferiores, la prevalencia de la EAP en población general española varía entre el 4,5-8,5% según las series; de la que el 3,83-24,5% es silente y 6-29,3% se puede presentar como claudicación intermitente. La prevalencia de la EAP es mayor que la percibida por los profesionales sanitarios, así como sus repercusiones, tanto clínicas como sociales y económicas, lo que la convierte en un importante problema de salud. Es, por lo tanto, una enfermedad infraestimada e infradiagnosticada.

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba sencilla, barata y reproducible que podemos realizar en nuestra consulta, con una gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) y para la detección de sujetos con alto riesgo cardiovascular. El ITB es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedía y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtienen dos valores de ITB, uno para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve; en manos experimentadas la técnica se realiza en unos 20 min; es barata, sólo se precisa un esfigmomanómetro y un Doppler portátil con sonda de 8 Mhz, y reproducible, con mínima variabilidad intra e interobservador.

Un ITB menor de 0,9 presenta una sensibilidad y una especificidad muy altas para identificar una obstrucción superior al 50% en el territorio vascular de los miembros inferiores en relación con la arteriografía. Un ITB menor de 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tenga manifestaciones clínicas. Pero además, la presencia de un ITB disminuido se asocia con una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad a expensas del incremento de la mortalidad cardiovascular, tanto en sujetos en prevención primaria como secundaria e incluso tras ajustar por los factores de riesgo clásicos. Por lo tanto, un ITB < 0,9 es, además de diagnóstico de EAP, sinónimo de alto riesgo cardiovascular, por lo que habrá que tratar intensivamente los factores de riesgo.

La diabetes, el tabaco y la edad son los factores de riesgo que más estrechamente se asocian con un ITB disminuido. Es bien conocido que los diabéticos tienen una elevada prevalencia de EAP. El riesgo de desarrollarla depende, fundamentalmente, de la edad del paciente y de la severidad y duración de la diabetes. También los sujetos no diabéticos pero diagnosticados de síndrome metabólico, tienen aumentada hasta 3 veces la prevalencia de un ITB disminuido, en comparación con aquellos que no lo tienen.

La determinación del ITB es una herramienta muy útil en la estratificación del riesgo cardiovascular ya que identifica sujetos con arteriosclerosis subclínica y alto riesgo cardiovascular. Pero para que la determinación sea eficiente, dada su baja sensibilidad y alta especificidad, habrá que seleccionar a los candidatos ideales para la realización de la prueba.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el último año
Detectar riesgo de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en pacientes diabéticos.
Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática para optimizar la prevención primaria y el control de su progresión para evitar la aparición de graves complicaciones cardiovasculares y por tanto mejorar su pronóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de una sesión clínica para explicar el proyecto y la técnica.
Búsqueda activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías o aprovechar controles rutinarios del paciente diabético.
Realizar el ITB a todo diabético.
Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0950 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO- BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

Pacientes diabéticos a los que hemos realizado el ITB / nº total de diabéticos
- Valor a alcanzar 50%
Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizadas.
Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/total diabéticos del C.S. Santa Eulalia.- -Valor a alcanzar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión clínica explicando el proyecto y técnica: Marzo 2019
Búsqueda activa de los casos: Abril 2019
Inicio del proyecto: Abril 2019
Evaluación final: Febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.
Esfigmomanómetro
Doppler portátil con sonda de 8 Mhz

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0952 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL AMBITO ESCOLAR

2. RESPONSABLE CONSUELO BLAS GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL MALO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· KOLLESNYK SUMSKAYA ELENA. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· UTRIA HERNANDEZ CARLOS ANTONIO. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La dirección del CRA Cuna del Jiloca, solicita la formación en prestación de Primeros Auxilios para Personal docente, a cargo del Equipo de Atención Continuada (MAC y EAC) del Centro de Salud de Santa Eulalia. Refieren la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades básicas en las principales situaciones de urgencia en la población infantil del colegio de Santa Eulalia, mostrando especial interés en CONVULSIONES, al presentar entre sus alumnos algún caso de "crisis epilépticas", y en ATRAGANTAMIENTOS, presentando mayor frecuencia desde que, una vez por semana el colegio reparte fruta para el almuerzo dentro del "Plan de Consumo de Fruta en las Escuelas" del Gobierno de Aragón, siendo el equipo docente el primero en acudir ante estas situaciones críticas por lo que creen conveniente tener unos conocimientos básicos a la hora de actuar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Como objetivo general se plantea la realización de actividades, para la atención por parte del personal docente a los estudiantes, ante situaciones que alteren el estado de salud, mediante talleres teórico-prácticos que permitan afianzar los conocimientos impartidos por nuestro equipo.

PRIMERO: Como objetivos específicos se propone dar a conocer al equipo docente las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia, como accidente infantil, picaduras, pérdida de conciencia, convulsiones, atragantamiento, traumatismos.

SEGUNDO: Se propone la adquisición de habilidades para reconocer y actuar de manera correcta frente a una situación de emergencia, así como saber solicitar ayuda a servicios de emergencias (Centro de Salud, 061, 112).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Sesión clínica al EAP sobre el conocimiento y desarrollo del proyecto.
2. Concreción del proyecto: nos ponemos en contacto con la dirección del CRA para concretar los temas a tratar .
3. Encuesta de valoración de conocimientos previa a cada sesión informativa.
4. Educación grupal sobre primeros auxilios en población docente, pautas, modo de actuación, cada 15 días hasta un total de tres sesiones, coincidiendo con la finalización del curso escolar.
5. Encuesta posterior a cada sesión informativa sobre conocimientos adquiridos. 6. Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de docentes que asisten a cada una de las sesiones.
- Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimientos previos respecto de los primeros auxilios.
- Encuestas posteriores a cada sesión.
- Encuesta de satisfacción.
- Información escrita a modo de folleto o póster con las principales protocolos de actuación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Sesión clínica al EAP en marzo 2019.
- Educación grupal: (abril, mayo, junio) anterior a la finalización del curso escolar 2018-2019.
- Finalización del proyecto: último trimestre del 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EDUCACIÓN SANITARIA
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCION ORDINARIA Y LA ATENCION CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNOSTICA DE LA EPOC

2. RESPONSABLE ALVARO ABADIA PUYUELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES ABANSES CRISTINA. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· CONEJOS BELLIDO CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· FORTEA GARZARAN MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· FUENTES MORENO ENCARNA. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· MORTE PEREZ ALFREDO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ CARRALERO MANUEL. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha apreciado una baja detección del tabaquismo en la ZBS de Sarrión (57,56%) así como un inadecuado registro en el programa OMI-AP de los pacientes fumadores que lleve a la activación del plan personal de TABACO. En relación con lo mencionado anteriormente, es posible que se estén realizando menos espirometrías de las indicadas, explicando la baja prevalencia diagnóstica de EPOC (1,51 %) observada en el indicador correspondiente. Por todo lo anterior, consideramos que implementar una estrategia sistemática de detección oportunista y registro del tabaquismo ante cualquier consulta (ordinaria o de atención continuada), añadido a un consejo breve/intensivo de cesación del hábito tabáquico y la realización de espirometrías en personas con riesgo de EPOC, puede ayudar a mejorar la salud de la población mejorando la prevención primaria y secundaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1) Aumento de la detección de consumo de tabaco.
- 2) Aumento de la prevalencia diagnóstica del tabaquismo.
- 3) Aumento del número de intervenciones sobre tabaquismo.
- 4) Aumento de la realización de espirometrías.
- 5) Aumento de la prevalencia diagnóstica de la EPOC.
- 6) Aumento de la realización de prevención primaria y secundaria en la población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Reunión inicial de implementación del proyecto con todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión.
- 2) Reuniones y comunicaciones trimestrales evolutivas proyecto.
- 3) Oferta de consulta monográfica de deshabituación tabáquica.
- 4) Realización de espirometría a los pacientes detectados en riesgo de EPOC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1) Indicador de % de detección de tabaquismo.
- 2) Indicador de % de intervención sobre tabaquismo.
- 3) Indicador de prevalencia de EPOC.
- 4) Evolución comparativa de los indicadores con el objetivo de superar la media de resultados de Aragón.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista del proyecto será de un año, iniciándose el 01/03/2019. Las reuniones y comunicaciones evolutivas se asociarán a la valoración trimestral de los indicadores. Se plantea la posible extensión del proyecto un segundo año para valorar el número de pacientes que han abandonado el consumo de tabaco y la evolución porcentual de fumadores con espirometría realizada.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espirómetro portátil.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0297 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

2. RESPONSABLE LUCIA SALESA NAVARRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· POMAR MARTIN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es evidente que la formación en prevención y RCP básica tiene una importante repercusión social y sanitaria y puede cumplir un papel educativo importante en la formación del niño al estimular los valores solidarios y el desarrollo de la responsabilidad.

Teniendo en cuenta el aumento de los medios de reanimación en lugares públicos consideramos que es importante que la mayor parte de la población conozca su funcionamiento y sepa utilizarlos.

Los primeros auxilios son un contenido que actualmente no están incluidos en la Educación Primaria (6-12 años) y cuya enseñanza da respuesta a una necesidad latente que la sociedad actualmente demanda de un modo implícito y sin duda desde el punto de vista educativo asentaría una buena base desde la que partir posteriores enfoques.

Está demostrado que las actuaciones de promoción de salud deben realizarse donde las personas viven, estudian, juegan y se relacionan.

La etapa escolar es el momento más adecuado para recibir la formación en promoción de la salud, prevención de accidentes y medidas de reanimación. Presenta numerosas ventajas:

La formación escolar permite no sólo realizar una enseñanza inicial sino un reciclaje en cursos superiores lo que refuerza significativamente el aprendizaje.

La formación se realiza en la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje y en la que existe una gran motivación.

Es fácil integrar la formación en prevención y RCP básica en la educación para la salud dentro del currículo escolar.

La formación durante el periodo escolar permite un fácil acceso a la mayoría de la población.

El efecto de la formación en prevención es más duradero y es capaz de estimular y/o modificar los hábitos de conducta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto de intervención educativa en primeros auxilios va dirigido a escolares de educación primaria de los colegios de la zona de salud Teruel centro.

Se plantea como objetivo general que el alumno conozca el concepto de primeros auxilios y las diferentes pautas de actuación en cada situación y la importancia de saber activar los servicios de emergencia disponibles.

Objetivos específicos:

Conocer el teléfono de alerta sanitaria y saber desenvolverse para dar los datos básicos de la urgencia.

Aprender la maniobra de Heimlich, manejar un DESA, realizar una RCP básica, y colocación de posición lateral de seguridad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Nos pondremos en contacto con la dirección de los centros escolares de educación primaria de la zona básica de salud Teruel Centro, para presentarles nuestro proyecto y saber si están interesados e integrarlo en las actividades educativas de cada centro escolar.

La metodología que vamos a utilizar en la puesta en marcha de esta intervención educativa va a tener un carácter expositivo, participativo y práctico.

En cuanto a la adquisición de habilidades se empleará el aprendizaje por modelado y repetición, los ponentes realizarán las técnicas o maniobras y los alumnos las practicarán a continuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de alumnos que participan en la sesión/Número total alumnos matriculados. Estándar de participación = 80 % de los alumnos.

Número de profesores que participan/Número total profesores. Estándar de participación =80% del profesorado.

Respuestas correctas en cuestionario realizado antes de la sesión/total preguntas del cuestionario.

Respuestas correctas en cuestionario realizado tras la sesión/total preguntas del cuestionario. Estándar respuestas correctas =70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se iniciará en marzo de 2019, poniéndonos en contacto con las Direcciones de los centros escolares para presentarles nuestro programa y coordinar la puesta en marcha de las intervenciones educativas en los distintos cursos escolares.

Durante el mes de marzo trabajaremos en la preparación de los contenidos a exponer.

Las intervenciones se pondrá en marcha en el último trimestre de curso escolar 2018/2019. Finalizadas las intervenciones educativas evaluaremos la participación y la adquisición de conocimientos en las sesiones.

El tiempo estimado para la sesión es 1 hora:

Proyecto: 2019_0297 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Presentación de los componentes de la sesión.
Lluvia de ideas sobre los conceptos a tratar, breve cuestionario para evaluar los conocimientos previos a la sesión (10 minutos).
Presentación teórica a través de una exposición de diapositivas ilustrativas sobre los conceptos y pautas de actuación en situaciones de urgencias y emergencias (15 minutos).
Distribución de los alumnos en tres grupos para practicar la posición lateral de seguridad, maniobra de Heimlich, Reanimación Cardiopulmonar con la ayuda de maniquís, manejo del Desfibrilador Semiautomático DESA (25 minutos).
Se realizará de nuevo el cuestionario para valorar los conocimientos y habilidades aprendidas durante la sesión.
Resolveremos el cuestionario todos juntos para aclarar dudas y afianzar conocimientos (10 minutos).
Para finalizar se dejará un tiempo reservado para dudas y preguntas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula
Proyector
Ordenador
Fotocopias
Colchonetas o esterillas
Maniqués para las simulaciones de RCP
DESA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación Sanitaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0906 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER FORMATIVO SOBRE MANIOBRAS Y PAUTAS BASICAS DE ACTUACION ANTE LA EMERGENCIA PARA ENTRENADORES DE EQUIPOS DEPORTIVOS

2. RESPONSABLE MARIA MARTIN RODRIGUEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS TERUEL CENTRO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BLASCO OSTA JAVIER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
• LORENZO SANCHEZ CARMEN. TCAE. CS TERUEL CENTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
• MESADO ZAPATA SILVIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
• SALESA NAVARRO LUCIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
• TRELLES FACHIN HILTON. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología cardiovascular, es la causa más frecuente de muerte súbita. Durante el ejercicio físico se ve incrementado el estrés que genera la competición y que exagera las respuestas de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca y la contractilidad miocárdica, con el consiguiente incremento del consumo de O₂ miocárdico. La estimulación simpática puede por sí sola favorecer la aparición de arritmias o agravar una situación de isquemia miocárdica. En España se producen anualmente entre 15.000 y 20.000 paros cardíacos extrahospitalarios. La tasa de supervivencia es baja, en torno a un 10%. Esta cifra podría incrementarse si el nivel de sensibilización y formación en maniobras de reanimación, soporte vital y primeros auxilios fuera mayor, ya que las mayores probabilidades de supervivencia en la parada cardíaca del adulto se producen cuando la Reanimación Cardio-Pulmonar básica se inicia de manera inmediata y se aplica la desfibrilación precoz. El atragantamiento es una obstrucción accidental, parcial o total, de la vía respiratoria por un cuerpo extraño. Si no se resuelve de forma rápida hace que el oxígeno no pueda llegar a los pulmones y al cerebro que puede desencadenar en daño cerebral o la muerte. El tiempo estimado para recuperar las vías respiratorias sin producir secuelas es de 4 minutos. La asfixia por atragantamiento es ya una de las principales causas de muerte accidental en nuestro país, mueren 1.900 personas cada año por asfixia provocada por atragantamiento, 5 fallecimientos por esta causa al día. Es la tercera causa de muerte. Sólo 4 de cada 10 adultos reconoce sentirse capacitado para responder ante este tipo de emergencias, porcentaje similar al número de ciudadanos que en caso de necesidad admite no saber utilizar un desfibrilador. Son muchas las circunstancias que pueden generar que un deportista tenga una parada cardiorrespiratoria durante el ejercicio, así como que se produzca un evento adverso de las características descritas anteriormente en las gradas, donde se acumulan gran número de personas, debido al estrés de la competición y a que con frecuencia durante ésta los espectadores ingieren alimentos que potencialmente pueden producir atragantamientos como frutos secos, gominolas, chicles y bebidas. Por eso creemos que es de vital importancia que cualquier persona que trabaje en el ámbito deportivo conozca los protocolos básicos de actuación ante una emergencia vital dado que una adecuado y pronta reacción puede salvar vidas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aportar a los entrenadores de actividades deportivas los conocimientos, destrezas y actitudes suficientes para ser capaces de reconocer una situación que pone en peligro la vida y poder realizar una primera atención de calidad, teniendo como prioridades conservar la vida, evitar complicaciones físicas y psicológicas y ayudar a la recuperación del paciente. Los entrenadores al finalizar la sesión deberán ser capaces de Identificar una parada cardiorrespiratoria y un atragantamiento, conocer la cadena de supervivencia, realizar una RCP de calidad y efectiva, maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Nos pondremos en contacto tanto con Federaciones deportivas como con la Dirección de diferentes colegios que cuenten con varios entrenadores de actividades deportivas extraescolares para explicarles nuestro proyecto y conocer si están interesados en llevarlo a cabo. Pasaremos a los participantes un cuestionario para valorar sus conocimientos previos a la sesión, a continuación durante unos 25 minutos realizaremos una exposición con ayuda de Power point de los conceptos teóricos, pautas de actuación y las diferentes técnicas que después llevaremos a la práctica, utilizando los maniqués y el Desa de entrenamiento cedidos por el Centro de salud, intentando que todos los participantes realicen las técnicas. Posteriormente volveremos a pasar el mismo cuestionario para valorar los conocimientos adquiridos comparándolos con los que tenían previamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de entrenadores que asisten a cada sesión con respecto al total de entrenadores citados. Porcentaje de aciertos en el cuestionario presesión y en el Postsesión, donde nuestro objetivo será conseguir entre un 80 y un 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Pondremos en marcha el proyecto en Marzo de 2019, durante los meses de Marzo y Abril realizaremos sesiones todos los componentes de este para mediante el método de lluvia de ideas confeccionar el Power Point y los cuestionarios que pasaremos a los asistentes, luego nos pondremos en contacto con las federaciones y Direcciones de los colegios para presentarles nuestro proyecto y concertar las fechas para llevarlo a cabo, entre los meses de Mayo a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, Proyector, Fotocopias de los cuestionarios, Maniqués y DESA de entrenamiento

Proyecto: 2019_0906 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER FORMATIVO SOBRE MANIOBRAS Y PAUTAS BASICAS DE ACTUACION ANTE LA EMERGENCIA PARA ENTRENADORES DE EQUIPOS DEPORTIVOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Emergencia Extrahospitalaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1000 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS TERUEL CENTRO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUILLEN SANTOS ISABEL. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- SOGUERO GARCIA ISAMEL. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- CATALAN ADIVINACION GLORIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- APARICIO CLEMENTE RAQUEL. MIR 3°. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- ABAD LAGUIA ROSA MARIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- GALVE ROYO AGUSTIN. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico de familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80% con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

MEJORAR LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de centros modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica. MEJORAR LA INDICACIÓN ANTIBIÓTICA, antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina, y en caso de alergias a la penicilina, la josamina y clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presentan resistencia hasta en el 30 de los casos. Puesto que este proyecto se ha presentado también en Teruel Ensanche, pensamos que dado que todos los médicos implicados en el mismo o en su mayoría hacen guardias, permitiría asimismo mejorar el tratamiento de estos procesos en la atención continuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Elaboración de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis del adulto basado en los criterios de

Proyecto: 2019_1000 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

CENTOR.

2-Sesion formativa a todos los profesionales sanitarios del centro de salud

teruel centro.

3-Posibilidad de tratamiento antibiótico diferido según evolución: reevaluación a las 72 horas si persistencia de síndrome febril.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1-Reducir el consumo de antibióticos en faringoamigdalitis del adulto, ante la alta prevalencia de procesos víricos: número de faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico en 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico en 2019.

2-Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina prescrita en esos procesos en 2018 con respecto a la prescrita en 2019.

3-Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis estreptocócicas con penicilina o amoxicilina: antibiótico de primera elección (penicilina o amoxicilina) en faringoamigdalitis estreptocócica/ total de antibiótico en faringoamigdalitis aguda.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1000 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

EL PROYECTO SE DESARROLLARÁ A LO LARGO DE TODO EL 2019 CON EL SIGUIENTE CALENDARIO.
ABRIL- Elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto .
ABRIL-Sesión formativa de presentación a los profesionales del equipo.
SEPTIEMBRE -Valoración de los indicadores a través del programa OMI-AP Y DATA de farmacia.
DICIEMBRE-Evaluación final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

2. RESPONSABLE MIGUEL GERONIMO CASTILLO GUILLAMON

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TERUEL CENTRO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERRERO PEREZ ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- CATALAN ADIVINACION GLORIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- POMAR MARTIN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ NOGUES BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- PUERTAS SANZ HENAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- ABAD POLO LAURA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- MESADO ZAPATA SILVIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras solicitar nuestra colaboración en el proyecto "Receta Deportiva" por el IES FRANCÉS DE ARANDA, dentro de sus actividades proyectadas hacia la comunidad, nos ha parecido una buena manera de dar forma y formato a la recomendación tantas veces hecha desde el entorno sanitario y concretamente desde la "Atención Primaria", de promover el ejercicio físico para mejorar el estado de salud a través de las modificaciones del estilo de vida. Utilizando los recursos que el propio instituto tiene, tanto materiales como humanos, queremos dotar de la posibilidad de realizar actividad física (salir a caminar) a todas aquellas personas que por necesidad de salud, por edad o por incapacidad social, necesitan de dicha práctica y no les es fácil realizarla. En la mayoría de los casos de personas mayores de 69 años, no se cumple con los mínimos de actividad física que lo OMS contempla para obtener beneficios en salud. Estos datos no se pueden dejar de lado si se tiene en cuenta que la inactividad física supone la cuarta causa de mortalidad en el mundo. La práctica del ejercicio físico, además de prevenir el riesgo de muerte temprana, ayuda a reducir las enfermedades coronarias, la hipertensión arterial, la diabetes, el Ictus, la depresión. Además, previene el aumento de peso, mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la condición ósea y muscular y la calidad del sueño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS

Promover de forma activa e individualizada un estilo de vida saludable a través de la prescripción de ejercicio (caminar)
Hacerlo en un formato familiar "la receta deportiva"
Prestar servicios de ejercicio físico con los objetivos de prevención y tratamiento de enfermedades
Dar un servicio a la población de la Zona Básica de Salud de Teruel Centro, para intentar mejorar la calidad de vida y aumentar la actividad
Mejorar la socialización en un entorno urbano, donde hay mucha población sola y envejecida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES Y OFERTAS

Comunicar al EAP, la existencia del Proyecto "Receta Deportiva"
Actividades acordadas con los profesionales del IES Francés de Aranda.
Elaborar y consensuar con dicho personal, la receta deportiva con la indicación de "Caminar" y las limitaciones sanitarias pertinentes.
Entrega en consulta de Primaria de la prescripción con el calendario y dirección para acceder a dicha actividad.
Participación de algún profesional sanitario en la actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES

Número de personas que acuden a realizar la actividad deportiva / número de personas a las que se les prescribe "receta deportiva"
Porcentaje de personas que manifiestan mejoría de su calidad de vida con respecto al total de personas que acuden a realizar la actividad deportiva
Porcentaje de personas que dejan de realizar la actividad con respecto al total de personas que comenzaron a realizarla
Encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

DURACIÓN- CALENDARIO

4ª Semana de abril hasta junio de 2019

Etapa Preliminar:

Presentación del proyecto
Presentación de la receta
Elaboración de cartelería.

Proyecto: 2019_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

Inicio: finales de abril.

Septiembre:

Valoración a través del nº de recetas prescritas desde Atención Primaria y entregadas en el IES Francés de Aranda.

Encuesta de satisfacción

Diciembre: Evaluación final

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. REALIZACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

2. RESPONSABLE LAURA ABAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PLOU IZQUIERDO SARA. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ SANCHEZ MARIA VICTORIA. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS CASTILLO MARIA FUENSANTA. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALANDETE GERMAN LLUIS. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ROYO MORENO MIREIA. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO CLEMENTE RAQUEL. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A raíz de asistir a un seminario sobre la implementación en centros de salud del proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C como problema de salud pública y con objeto de su eliminación en Aragón, me pareció interesante realizar en el centro de salud Teruel Centro un cribado en población de riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Detectar casos de Hepatitis C en el centro de salud Teruel Centro.
2. Prevenir la adquisición y transmisión mediante el incremento del conocimiento sobre la Hepatitis C en la población general mediante la difusión de trípticos en el centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
2. Sesión informativa en abril para explicar la estrategia.
3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.
4. Selección de la población por factores de riesgo y abrir episodio en OMI de "Cribado de la Hepatitis C".
5. Comprobación de existencia de serologías previas y sino solicitarlas en esta población.
6. Si serología positiva para anticuerpos VHC, solicitar ARN virus. Si éste es positivo, solicitar elastografía (petición radiológica)
7. Si serología y ARN positiva modificar episodio en OMI como "HEPATITIS C".
8. Seguimiento de los pacientes y registro de casos de Hepatitis C.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Prevalencia: n°casos con VHC positiva entre población de riesgo.
2. N° de casos de ARN positivo.
3. N° de elastografías solicitadas.
4. N° de pacientes con seguimiento y /o tratamiento en el servicio de digestivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año. Calendario: Marzo 2019: comunicación del proyecto. Abril 2019: sesión informativa. Mayo a Octubre 2019: recogida de datos. Diciembre 2019: Evaluación resultados del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Uso de Power Point, colaboración de Equipo de Atención Primaria, servicio de digestivo, servicio de radiología y Laboratorio, difusión de trípticos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cribado de pacientes para diagnóstico de Hepatitis C
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

2. RESPONSABLE ESTRELLA MONTON BARRERA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TERUEL ENSANCHE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ADALID GUILLEN URSULA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- SANCHEZ LORENTE LAURA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tenemos una población muy envejecida que ha conllevado la proliferación de las residencias de ancianos en nuestra ciudad. Por ello, creemos conveniente proyectar talleres para mejorar la formación y destreza ante pacientes institucionalizados en residencias que presentan disfagias. Además desde nuestro servicio de atención continuada en el centro de salud de Teruel Ensanche, hemos detectado que un número significativo de los avisos a domicilio en las residencias son "Neumonías por broncoaspiración".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar y dotar a los cuidadores de habilidades y herramientas que les ayuden a prevenir situaciones de emergencia y actuar ante ellas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesión clínica en el centro de salud de Teruel Ensanche en el segundo trimestre de 2019 para explicarle al Equipo de Atención Primaria nuestro proyecto y pedirles colaboración para determinar la prevalencia de las neumonías por broncoaspiración que se producen en las diferentes residencias, durante el tiempo que dure nuestro proyecto.
- Y a los cuidadores de las residencias se harán actividades para conocer que es una disfagia, medidas higiénico-dietéticas para su prevención y talleres para enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los servicios sanitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los cuidadores.
- Encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizado los talleres.
- Número de cuidadores que han participado en el taller / número total de cuidadores.
- Encuesta de satisfacción a los que recibirán la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde Marzo 2019 hasta Febrero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Se harán presentaciones con power-point.
- Y se utilizarán maniqués de reanimación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA (CONTINUACION)

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLA ORO MARIA JESUS. FISIOTERAPEUTA. CS TERUEL ENSANCHE. FISIOTERAPIA EN AP
· ROMERO POBO DOMINICA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral. Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares. La columna vertebral es un elemento imprescindible para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.
- Dar continuidad al proyecto comenzado en 2018 desde el servicio de Fisioterapia del Centro Salud Teruel Ensanche con este mismo título para completar las actuaciones propuestas en él.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Infantil de Primer Ciclo (1º y 2º primaria) del Colegio Público Fuenfresca de Teruel, en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil. Se intentará dar cobertura a otros colegios si es posible, tras plantearles a las Jefaturas de estudios de los colegios la conveniencia de realizar dicha actividad. Se realizará con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje. Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo. Como actividad nueva respecto al proyecto inicial será evaluar las charlas realizadas, los colegios que hayan participado y el número de alumnos participantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de centros educativos donde se impartirá la formación.
Número de alumnos asistentes a las charlas/ número de alumnos de Educación Primaria del centro educativo en el que se impartan las charlas.
Número de charlas impartidas/ Centro Educativo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
Responsable: Un Fisioterapeuta de Área Atención Primaria.
Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
Fecha de inicio: Febrero 2019: Impartir las dos primeras charlas en Colegio Público Fuenfresca. Entregar folleto informativo de higiene postural.
A partir de septiembre 2019: Evaluación de resultados de actividades realizadas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA (CONTINUACION)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL EN NUESTROS HIJOS

2. RESPONSABLE DOMINICA ROMERO POBO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· MUÑOZ CAMPOS ANA ISABEL. PEDIATRA. CS TERUEL ENSANCHE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· FELIZ DE VARGAS PASTOR JESUS. PEDIATRA. CS TERUEL ENSANCHE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ROSA MORALEDA SUSANA. TECNICO SUPERIOR DE HIGIENE BUCODENTAL. CS TERUEL ENSANCHE. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el Servicio de Pediatría y de la unidad de Salud Bucodental del Centro de Salud de Teruel Ensanche; ante la demanda de información que tenemos que facilitar a padres y familiares de niños prácticamente a diario sobre salud bucal, buenos hábitos higiénicos, buenos hábitos dietéticos, funcionamiento del programa Pabij y dudas que les surgen sobre sus hijos de qué hacer sobre problemas bucales, vemos necesario trabajar en equipo para dar una información uniforme.

Todo ello lo desarrollaremos con la creación de folletos informativos, que se les facilitarán a los padres ; donde se pretende plasmar las ideas más importantes y necesarias. Esto se reforzará con las indicaciones personales en cada consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Información sobre :

- . Salud Bucal
- . Alimentación Saludable
- . Higiene Dental
- . Revisiones correspondientes
- . Problemas que nos pueden surgir

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realización de folletos informativos con las ideas más importantes que queremos transmitir a los padres desde Pediatría y la Unidad de Salud bucodental.
- Complementaremos con unos posters que colocaremos en las distintas consultas de alimentación saludable y cantidad de azúcar de los alimentos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de folletos realizados / N° folletos entregados
- N° de niños de 6 años que acuden a la Unidad de Salud Bucodental / N° niños que acuden a revisión de pediatría de 6 años

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Enero a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresora para hacer las fotocopias
Cartulinas de colores
Pastificadora

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Caries y enfermedad de las encías.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0561 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE CARMEN GALLARDO GANUZA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TERUEL ENSANCHE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DIAZ DIAZ TANIA. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
• FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
• PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• MARCO CATALAN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
• ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico de familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el Estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80%, con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la aproximación diagnóstica, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de Centor modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica.
Mejorar la indicación antibiótica: antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina y, en caso de alergias a la penicilina, la josamina o clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presenta resistencia hasta en el 30% de los casos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaboración de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis aguda del adulto
2. Sesión formativa a todos los profesionales sanitarios del CS Teruel Ensanche
3. Realización de hoja informativa para los pacientes
4. Posibilidad de tratamiento antibiótico diferido según la evolución

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Reducir el consumo de antibióticos en faringoamigdalitis, ante la alta prevalencia de procesos víricos: número de faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico a 31 de diciembre de 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico a diciembre 2019
2. Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina pautada en estos procesos en el 2018 con respecto a la pautada en 2019
3. Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis estreptocócicas con penicilina o amoxicilina: antibióticos de primera elección (penicilina y amoxicilina) en faringoamigdalitis aguda estreptocócica/total de antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2019, con el siguiente calendario:
Marzo: elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto y realización de hoja informativa para los pacientes
Abril: sesión formativa de presentación a los profesionales del Equipo
Septiembre: valoración de los indicadores a través de programa OMI-AP y DATA de farmacia
Diciembre: evaluación final

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión de hojas informativas a los pacientes

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL. CONTINUACION

2. RESPONSABLE SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRERA SORIANO BEATRIZ. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· MONTON GASCON BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· MARTIN PRIETO MARIA LUISA. PROFESOR/A. IES VEGA DEL TURIA. EDUCACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la USBD de Teruel se detectó la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a Promoción-Prevención de la Salud Bucodental en edad infantil.

La importancia del proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías, intentando cambiar los hábitos higiénico- dietéticos de los niños y en definitiva de las familias y que aprendan la importancia de cuidar su boca, de las revisiones y visitas periódicas a nuestra Unidad.

Todo esto se está desarrollando a través de Charlas y Talleres en distintos colegios de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Educación para la salud de los asistentes respecto :

- Importancia de tener una boca sana desde la infancia, problemas que nos surjan, por qué aparecen las caries y la enfermedad de las encías.
- Lo que podemos hacer para prevenir caries y enfermedad de las encías.
- Alimentación saludable
- Correcto cepillado de dientes
- Beneficios de revisiones periódicas en la Consulta dental

Evaluación de la actividad realizada el año anterior; por medio de las encuestas que fueron entregadas a cada niño ; para valorar si han asimilado toda la información transmitida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Charlas y Talleres en Colegios de Primaria de la zona ; donde se aumentará el numero de colegios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de niños participantes 1° de primaria / N° de alumnos del centro de 1° de primaria
- N° de niños participantes 2° de primaria / N° de alumnos del centro de 2° de primaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Enero 2019 a Noviembre 2019 realización de Charlas y Talleres
Diciembre 2019 Evaluación de los resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Cepillos de dientes y pasta de dientes
- vasos, servilletas, espejos bucales
- Reveladores de placa dental
- Ordenador
- Espejos de mesa

10. OBSERVACIONES.

Ya se está fijando fechas del próximo año a demanda de Asociaciones de Padres y profesores.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Caries y enfermedad de las encías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

2. RESPONSABLE ISABEL BLAZQUEZ ORNAT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO ABANTO ANA. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANZ DE GALDEANO INMACULADA. FISIOTERAPEUTA. CS UTRILLAS. FISIOTERAPIA EN AP
· SALAS FERRER VICTORIA. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las últimas décadas, el estudio de las repercusiones en la salud de las personas que cuidan ha sido una cuestión de gran interés debido, en parte, a los cambios demográficos y sociales. La prestación de cuidados familiares, entendidos como una atención no remunerada, sigue procediendo fundamentalmente de las familias y especialmente de las mujeres. Un cuidado que se presta en un ámbito doméstico, privado e invisible, con escaso reconocimiento social y con elevados costes para la salud física y emocional, y la calidad de vida. Y aunque se sabe poco de las estrategias que utilizan las cuidadoras para cuidar de sí mismas, en los últimos años se han puesto en marcha iniciativas que pretenden mitigar estos efectos como son la escuela de cuidadoras del Hospital de Guadarrama de Madrid u otras iniciativas on-line, como la página web del proyecto www.cuidadoraschronicos.com, recientemente premiada.

La población mayor dependiente en la población de Utrillas es significativa así como el porcentaje de pacientes que son cuidados por sus familiares. A pesar del soporte que se puede dar desde la consulta de enfermería a las personas con rol de cuidadoras, consideramos interesante la puesta en marcha de una escuela específica para ellas en el centro de salud, de tal manera, que éste se convierta en un lugar de referencia en este sentido para la comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con la creación de esta escuela se pretende:

1. Facilitar herramientas de cuidado para las personas cuidadas y de autocuidado para las personas cuidadoras.
2. Establecer y consolidar la escuela como actividad de "respiro" y de empoderamiento al disminuir la incertidumbre de la persona cuidadora a través de la información, el asesoramiento y el soporte.
3. Creación de una red de apoyo mutua futura y permanente entre las personas participantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Este proyecto tendrá dos fases: una primera destinada a la captación de las personas cuidadoras y otra segunda destinada a la preparación y puesta en marcha de la escuela.

1. Fase de captación de las personas participantes

La captación de las personas cuidadoras a las que se les ofrecerá la participación en la escuela se realizará desde la consulta de enfermería. Se elegirá un cupo del centro de salud de Utrillas para realizar una primera experiencia piloto. De él se seleccionarán todos los pacientes registrados con la etiqueta diagnóstica «pacientes dependientes» y se identificará al familiar persona cuidadora principal. Posteriormente, se realizará un estudio del perfil de la persona cuidada y persona cuidadora atendiendo a las siguientes características:

Persona cuidada: sexo, edad y patología principal de dependencia.

Persona cuidadora: sexo, edad, estado civil, estudios previos, parentesco con la persona cuidada, enfermedades crónicas más relevantes, y disposición de ayuda familiar o contratada para el cuidado (sí/no).

Una vez identificados, el equipo elaborará la composición de un grupo lo más homogéneo posible atendiendo a la confluencia de perfiles parecidos como es el compartir el cuidado de una persona afectada de la misma patología. Posteriormente, se contactará por teléfono con estas personas para ofrecerles la participación en la escuela. Una vez consensuada la participación, a la persona se le pasarán una serie de cuestionarios que se describen posteriormente. El compromiso de participación de 5-7 personas, se considerará suficiente para la puesta en marcha de esta experiencia piloto.

2. Fase de puesta en marcha

A lo largo del curso que comenzará en el mes de abril, se programarán 6 sesiones-taller de dos horas de duración. Se asumirán como ejes de interés o líneas de trabajo las ya utilizadas con éxito en el proyecto de investigación dirigido desde la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona), cuyo resultado ha sido la creación de la web www.cuidadoraschronicos.com. Estas líneas de trabajo, relativas a la salud física y emocional, se focalizan sobre siete aspectos concretos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cuestionarios previos y posteriores al inicio y finalización del curso: Zarit, la percepción de la calidad de vida (WHOQOL-BREF) y el soporte social percibido (Duke-Unc 11). También encuesta de satisfacción con escala tipo likert que se confeccionará ad hoc.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Tras una primera sesión inaugural de presentación de la escuela y de las personas participantes en abril, los talleres previstos estarán a cargo de las enfermeras de este proyecto además de la fisioterapeuta que realizará

Proyecto: 2019_0184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

una charla sobre higiene postural, de la trabajadora social, Carmen Garcés, que colaborará con otra sobre recursos socio-sanitarios y de una médica experta en salud mental.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RRepercusiones en la salud física y mental
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION DEL PROCESO PREANALITICO, FUNCIONES Y ACCESO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS (TERUEL)

2. RESPONSABLE MERCEDES LAZARO BELLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MONZON GRACIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el centro de salud de Utrillas se han observado una serie de cuestiones planteadas por el Hospital de referencia en los procesos preanalítico y analítico relativas al desarrollo de la realización de la extracción de muestras, bien en relación a la cantidad de la recogida de muestras extraídas, por exceso o por defecto según las ocasiones, bien en relación a dudas planteadas sobre el tipo de muestras que pueden o no ser extraídas en el centro de salud.

El buen funcionamiento de la fase preanalítica resulta fundamental para el laboratorio clínico. A esta fase se le atribuye el 70-75% de los errores en este proceso analítico. Para ello se considera necesario estandarizar al máximo todos los procesos e intentar que todo el personal implicado en el mismo entienda y controle la forma en que se obtienen y manipulan las muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Completar la formación, información y comunicación de todo el personal implicado en los procesos preanalítico y en el analítico.

Disminuir el alto porcentaje de errores atribuidos al proceso preanalítico.

Establecer vínculos de comunicación con el/los hospital/es de referencia para la mejora del desarrollo de los procesos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de un grupo de trabajo, compuesto por varios profesionales del centro con experiencia en las tareas indicadas, para la elaboración del procedimiento referido en la metodología.

Elaboración de un registro de incidencias relativas a la detección de errores y su subsanación dentro del proceso preanalítico. Este grupo de trabajo será el mismo que realiza el presente proyecto. Se prevé que dichos documentos estén realizados durante el presente año 2019

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores utilizados para realizar la evaluación se determinarán en relación a la solicitud de nuevas muestras, al tiempo de traslado y a los errores o dificultades detectados en el centro durante la extracción, así como llamadas o toques de atención por errores detectados desde el laboratorio de referencia.

La evaluación de este proceso se realizará cuantificando las incidencias y errores detectados a través del REGISTRO correspondiente en el documento que se elaborará a tal fin, en periodicidad diaria (durante la realización de las extracciones) y mensual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Para poder evaluar la pertinencia de este proyecto y la eficacia del procedimiento elaborado a través del mismo, se considera oportuno realizar el seguimiento del mismo hasta que se pueda evaluar de forma definitiva según los resultados obtenidos. Se comenzará a desarrollar durante este año 2019 y sucesivos .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Procedimiento de extracción
Hoja de incidencias- indicadores
Grupo de trabajo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION DEL PROCESO PREANALITICO, FUNCIONES Y ACCESO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS (TERUEL)

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0500 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN ELENA ROBERTO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· LEON MIGUEL PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· BESER PUCH EUGENIO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· SEGURA LARA ANA. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MIGUEL POSA JORGE. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MATAMALA GIMENO CARLOS. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La zona de salud de Villel es un claro ejemplo del abandono y despoblación que sufre la provincia de Teruel. Concentra una población donde la edad media de los municipios que se encuentran más alejados del Centro de Salud es muy elevada, lo que agrava el problema de la movilidad, debido tanto a la falta de independencia para coger el coche o desplazarse en transporte público (inexistente en la mayoría de los casos) como por lo accidentado del relieve y el mal estado de conservación de las carreteras que afecta negativamente al tiempo invertido en los desplazamientos. Estas poblaciones, ubicadas entre 15 y 50 km de distancia del Centro de Salud, se caracterizan por una demografía mínima -el número de habitantes en algunas no supera las 20 personas- siendo complicado el acceso y asistencia a dichos núcleos distantes entre sí, tanto para los responsables sanitarios (debemos atender simultáneamente a varias poblaciones) como para los habitantes, a quienes la distancia con su Centro de Salud se convierte en un obstáculo, en ocasiones, insuperable.

Para los profesionales sanitarios extraer y cursar una simple analítica ordinaria para realizar el control y seguimiento de nuestros pacientes se puede convertir en una verdadera odisea dado que el calendario se limita a un día a la semana en un horario concreto para la extracción, recogida y transporte de las muestras. Tenemos pacientes que no disponen de medio de transporte o están inmovilizados, debiendo realizar la extracción en el domicilio; esto, en principio, no sería el problema, pero... ¿qué pasa con el transporte de las muestras para su posterior análisis?, ¿lo realiza un familiar? ¿Y si no lo hay? ¿Es el enfermer@ que realiza la extracción, dejando de pasar la consulta el que debe ocuparse de llevar las muestras antes de que las recoja el transportista? ¿Y si no llega a tiempo? Es una situación complicada y prácticamente inviable en muchos casos:

La dispersión geográfica de algunas poblaciones no da tiempo material para desplazarse, realizar la extracción y volver al Centro antes de que recoja el transportista las muestras

El kilometraje extra que debería hacer enfermería

No se podría atender las consultas los días que se realicen extracciones porque el enfermer@ estaría la mitad de la jornada en la carretera

Con esta situación enfermería se plantea mejorar la calidad asistencial a nuestros pacientes:

Para resolver el horario, lugar de recogida y transporte de muestras se contacta con la jefa de servicio de laboratorio, se le informa de la situación intentando encontrar una solución entre ambas partes

Se acuerda que enfermería asume el transporte de las muestras de forma VOLUNTARIA y siempre por beneficio del paciente al HOP avisando previamente por teléfono el día que vaya a realizar la extracción al laboratorio.

Selección e información de la población diana por cada enfermer@ a su cupo y organización de la extracción en el municipio el día que se pasa la consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Lograr que en los pacientes inmovilizados o limitados para desplazarse se realicen las analíticas correspondientes según sus planes personales

Favorecer la asistencia sanitaria en población anciana de las zonas rurales más despobladas y alejadas

Disponer de los datos necesarios para adaptar los tratamientos

Mejorar la comunicación y el trabajo conjunto entre Primaria y Laboratorio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión del EAP para informar del proyecto y resolver dudas que se les puedan plantear.

Cada enfermer@ informará en la consulta a los pacientes seleccionados sobre el proyecto que se realiza de forma VOLUNTARIA por cada profesional y esto no implica la obligatoriedad de otro profesional que realice el mismo trabajo.

Previo asesoramiento y consenso con el personal responsable de laboratorio se acuerda el modo de extracción, conservación y transporte de la muestra. Además, nos informan que las muestras conservadas en nevera son viables hasta 5h y que el servicio se presta a nuestra zona de Salud EXCLUSIVAMENTE por la coordinación y el volumen reducido de pacientes

Se acuerda avisar al laboratorio telefónicamente el día que se va a realizar la extracción y la hora de recepción en el mismo para su organización, se recogerán las muestras de lunes a viernes entregadas en sala de extracciones antes de las 14,15h.

Se realizará un cronograma para contabilizar las extracciones realizadas durante cada mes por profesional y población

Proyecto: 2019_0500 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de extracciones realizadas en pacientes seleccionados/ Número total de pacientes seleccionados
Mejora en la cobertura analítica según sus planes personales en comparación con años anteriores
Encuesta de satisfacción a los pacientes
Sugerencias de mejoras de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finales de marzo reunión del EAP y selección población diana
1 al 15 abril inicio del proyecto
Revisiones trimestrales
Finalización del proyecto y análisis de los resultados en el mes de diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Realizar extracciones en pacientes inmovilizados
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0535 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE LA VIDA

2. RESPONSABLE CONCEPCION GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro DAP TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LASHERAS BARRIO MONICA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
- LAINIZ LORENTE MARIA TERESA. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- ORTIZ VILLANUEVA LOURDES. MATRONA. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
- GARCES MORERA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
- LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existe confusión en los diferentes escenarios relacionados con el final de la vida. La falta de formación genera confusión sobre términos relacionados con la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación, rechazo a tratamiento, limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico. Pese a que el paternalismo médico se ha superado, la sociedad se ha infantilizado, los usuarios evitan tomar decisiones importantes sobre el proceso de enfermedad y de muerte. Se está poco preparado para tomar decisiones difíciles. Se requiere un cambio sociocultural para que se recupere la capacidad y la tranquilidad para afrontar lo que es inevitable. Se muere más y mal en los hospitales. La falta de apoyo social en el final de la vida y la falta de confianza de los pacientes ante los sanitarios para tratar el tema de la muerte preocupa y produce desajustes a todos los niveles. Vemos que existe una falta de trabajo conjunto que facilite la comunicación, es importante concienciar a los sanitarios y a la población de que la muerte es parte de la vida. Entorno al final de la vida se acumulan el mayor número de problemas éticos, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familias. Existen recursos que pueden ayudar en estas situaciones, como los Comités de Ética y las unidades de Cuidados Paliativos. En el primer caso, son poco conocidos por sanitarios y por la población y en el segundo, a menudo son insuficientes o no se utilizan adecuadamente. Ante los retos que plantean las sociedades tecnificadas, deberíamos revisar el porqué la población ha dejado de ocuparse del proceso del final de la vida, y hacer lo posible para devolver este fenómeno a la sociedad, tratando la muerte con normalidad y naturalidad y promoviendo actividades que faciliten la reflexión sobre todo el proceso en general de la muerte y en particular sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida.
- Reflexionar acerca del mejor entorno para morir: hospital o domicilio.
- Suscitar en la población la importancia de asumir como algo propio el proceso del final de vida, para promover su participación en la toma de decisiones.
- Promover la creación de redes de colaboración en la atención y los cuidados al final de la vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Cineforum donde se verán y analizarán diferentes películas y documentales para promover la reflexión y el debate general. Podrían ser "Truman" y "Los demás días"
2. Charla/Coloquio sobre conceptos que generan confusión alrededor de la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa, Documento Voluntades Anticipadas, Planificación Anticipada de Decisiones...
3. Café-coloquio sobre la Vida y la Muerte, donde promover la reflexión sobre la muerte. Facilitando la reflexión conjunta y compartir experiencias. Atención al duelo y creación de redes de voluntariado, acompañamiento, etc. La idea surge al conocer los Death Café, ejemplo en España es el obrador Mamia de Vitoria. Se propone hacer grupos pequeños (6 personas) en torno a una mesa con café, pastas y un mantel en el que poder escribir, dibujar, etc. Con una persona que recoja lo que se habla, y proponer preguntas clave sobre las que hablar. Para cada pregunta dar 15-20 minutos. Tras cada pregunta se hace un cambio de mesa excepto la persona que recoge lo que se habla. La idea sería hacer 3-4 preguntas con una recogida final de los puntos relevantes.
4. Encuentros tipo café-coloquio-taller, dirigidos a explorar la PAD y el DVA. Se facilitará la participación utilizando estrategias como el juego de cartas "Qué es importante para mí en el proceso final de vida". Estos encuentros irán dirigidos a promover la participación activa en el proceso del final de la vida, especialmente en la toma de decisiones que afectan a los servicios sanitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios del final de vida/número de personas que personas que asisten a esta actividad (50-60%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) (15-25%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes de talleres, colaboradores preparación talleres...) (5-10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero: Constitución del grupo de trabajo y reunión para elaborar el proyecto
Marzo-Abril: reuniones de trabajo y reparto de tareas

Proyecto: 2019_0535 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE LA VIDA

Abril-Junio: 1ª y 2ª actividad. Evaluación de las actividades realizadas y adecuación a las necesidades.
Julio-Agosto: evaluar, reflexionar como grupo y programar las actividades para final de año.
Septiembre-Noviembre: 3ª y 4ª actividad.
Diciembre: análisis de resultados
La duración de las actividades será entre 1 y 3 horas

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Local para 15-25 personas.
- Cañón, portátil y altavoces.
- Material de oficina.
- Juego de cartas.
- Película o documental para el cineforum.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ATENCION AL PACIENTE CON NECESIDADES PALITIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE MARTA AGUDO RODRIGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro ESAD TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ESAD
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALEGRE MARTIN ROSA MARIA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ESAD
- DIAZ DIAZ TANIA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. ESAD
- PEREZ GARCIA OLGA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ESAD
- RAGA WICHI ANGELA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ESAD

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

El aumento de la prevalencia de personas con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado ha incrementado las necesidades y demandas. El domicilio es el lugar idóneo para procurar dicha atención, tanto por las preferencias de las personas, como por la actuación centrada en el contexto afectivo y social, con una visión comunitaria. Hay evidencia internacional y en España de resultados claves de efectividad, eficiencia y satisfacción de los ESAD, de las medidas de mejora en EAP y de la combinación y cooperación entre ambas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es la mejora de la cobertura y calidad en la atención al paciente paliativo - crónico complejo domiciliario.

Otros objetivos serían:

- Fomentar la derivación por AP
- Realizar evaluación inicial orientada tanto al paciente paliativo como al crónico, ambos mediante diseño de protocolo e historia clínica previamente elaborados por el ESAD.
- Informe de asistencia completo en domicilio.
- Los pacientes incluidos en programa del ESAD tendrán conocimiento de los recursos a los que pueden acceder en este estadio así como del circuito.
- Elaboración del plan farmacoterapéutico del paciente.
- Registro de documentos de voluntades anticipadas o plan anticipado de decisiones.
- Objetivos de trabajo en equipo: reuniones multidisciplinares e interdisciplinares y plan de formación continuada anual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se elaborará:

- Un documento informativo para paciente y familiares sobre normas y funcionamiento del ESAD que se entregará en la primera visita.
- Una historia clínica para el equipo e informe de asistencia para el paciente.
- Protocolo de derivación para profesionales de atención primaria.
- Se realizarán sesiones clínicas formativas en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD). Al resto de residencias se les invitará a la charla en su respectivo centro de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de derivaciones correctamente cumplimentadas
- Porcentaje de derivaciones desde Atención Primaria con respecto al total
- Porcentaje de derivaciones de otros servicios
- Porcentaje de llamadas recibidas por el equipo ESAD de los pacientes/familiares (fuera del horario laboral)
- Porcentaje de visitas conjuntas con Atención Primaria
- Porcentaje de valoraciones iniciales de pacientes incluidos en programados
- Porcentaje de registro de posesión documento de voluntades anticipadas/plan anticipado de decisiones
- Número de reuniones realizadas/número de reuniones previstas
- Encuesta de satisfacción de pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
- Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019
- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se utilizarán los siguientes recursos: personal integrante del equipo del ESAD, impresión de documentos, medio de transporte e instrumentos informáticos y audiovisuales para las 24 charlas informativas planificadas (16 en centros de salud, 5 en residencias geriátricas de Teruel capital y 3 en los respectivos hospitales).

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ATENCION AL PACIENTE CON NECESIDADES PALITIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS AQUELLAS QUE PUEDEN REQUERIR CUIDADOS PALITIVOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION ASISTENCIAL PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ALEGRE MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro ESAD TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector TERUEL
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ESAD
· DIAZ DIAZ TANIA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. ESAD
· PEREZ GARCIA OLGA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ESAD

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mejora de la asistencia a los enfermos y sus familias se considera un criterio de calidad y buena práctica de los ESAD. Estos pacientes presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas constantemente por ser cambiantes en el tiempo. El EAP detectará problemas que van a precisar un nivel básico, intermedio o más avanzado de intervención.
El ESAD como equipo específico de cuidados paliativos atiende a personas con alta complejidad en el proceso de su enfermedad. Otra de sus funciones asistenciales es la coordinación y apoyo a los equipos de AP cuando el paciente no está incluido en programa o sólo necesita cuidados básicos.
Se detecta desde el ESAD la importancia de valorar qué necesidades (interconsultas telefónicas y/o correo electrónico, soporte de conexión de recursos o apoyo en la toma de decisiones) tiene el EAP cuando se enfrenta al seguimiento del paciente con necesidades paliativas y no precisa asistencia presencial del Equipo de Atención de Soporte Domiciliario.
La optimización de los recursos asistenciales y mejora en la organización de la atención domiciliaria repercute en beneficio del paciente, potenciar la comunicación entre el EAP y el ESAD permite encontrar el mejor recurso disponible en relación a la patología presentada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es la mejora de la atención tras la coordinación entre ESAD y EAP de pacientes con necesidades paliativas mediante consultas telefónicas y/o correo electrónico.
Otros objetivos serían :
- Estimular a los profesionales de AP a realizar buenas prácticas en cuidados paliativos desde el inicio del diagnóstico de una enfermedad no curativa.
- Dar a conocer la historia del paciente a nuestro equipo si precisara un posible ingreso en programa en un futuro para la mejora de su asistencia.
- El paciente se podría beneficiar del ESAD desde estadios iniciales porque tendrá realizada una evaluación y registro inicial.
- La población atendida serán los pacientes que precisen atención paliativa, independientemente del nivel de intervención básico, intermedio o avanzado.
- Se estrecharán las relaciones entre los equipos de ESAD-EAP ambos implicados en el seguimiento domiciliario del paciente paliativo .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Registro de llamadas e interconsultas virtuales emitidas por el EAP y recibidas por parte del ESAD, mediante la elaboración de un protocolo diseñado a este fin.
- Recomendar tratamientos de prácticas avanzadas tanto de enfermería como de medicina.
- Promoción del contacto telefónico/electrónico entre profesionales de los equipos .
- Esta iniciativa se dará a conocer en sesiones clínicas formativas que el ESAD impartirá en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD).
- Se elaborará una encuesta de satisfacción para los profesionales atendidos del EAP por el ESAD.
- El ESAD registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de consultas telefónicas recibidas del EAP
-Número de consultas virtuales recibidas del EAP
-Número pacientes valorados telefónicamente y correo electrónico que precisan visita presencial e ingreso en programa del ESAD.
-Número de pacientes atendidos telefónicamente y/o correo electrónico que no ingresan tras valoración del ESAD.
-Número de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los EAP, que han solicitado la colaboración.
- Nivel de satisfacción por parte del EAP, tras la valoración de la atención telefónica, utilizando la escala likert.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
- Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019
- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

Proyecto: 2019_1366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION ASISTENCIAL PRESENCIAL

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Teléfono
- Recursos humanos
- Coche
- Instrumentos informáticos y audiovisuales (ordenador y proyector) para las 24 charlas informativas planificadas (16 en centros de salud, 5 en residencias geriátricas de Teruel capital y 3 en los respectivos hospitales).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. toda patología subsidiaria de CP
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0587 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE FELISA YUSTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente en nuestra Unidad de media y Centro de Día del CRP estancia atendemos a pacientes con patología mental grave en tratamiento con antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo y con estilos de vida poco saludables como son el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo; tratamientos, estilos de vida y patología que se han relacionados con el síndrome metabólico.

En el encuadre de autoevaluación y mejora de nuestra actividad asistencial, y teniendo en cuenta nuestra función de abordaje integral de las personas ingresadas, hemos comenzado a tener cada vez más presente nuestra función en la prevención de complicaciones somáticas. Concretamente, tratamos de prevenir la obesidad y otros factores que aumentan el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.

Los factores de riesgo implicados son:

- obesidad abdominal (102 en varones y 88 en mujeres)
- hipertrigliceridemia (TG >=150)
- HDL bajo (<40 hombres, <50 mujeres)
- tensión arterial elevada (>130/85)
- glucemia basal (>110)

En la unidad deberíamos de utilizar registros de todos los pacientes atendidos, de aquellos que cumplan dichos criterios, programar sesiones de educación para la salud y de fomento del ejercicio físico, alimentación saludable y seguimiento y control del peso y de factores analíticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Fomentar y promover estilos de vida saludables, dentro de los pacientes atendidos en nuestra unidad.

? Disminución de peso en el tiempo del ingreso, de aquellos pacientes que cumplan criterio de obesidad.

La pérdida ponderal clínicamente será aquella en la que se disminuya 4.5 kg o >5% del peso corporal. Dependerá del tiempo de hospitalización de dicho paciente.

? Controlar la glucosa plasmática postprandial, dentro de cifras normales, con dietas que tengan baja carga glucémica.

? Revisar los tratamientos farmacológicos utilizados en los pacientes con DM, hipertrigliceridemia e Hipertensión arterial.

? Realizar un plan de sesiones, dentro de la unidad, donde se planifiquen objetivos, programa y calendario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para el abordaje de dicho proyecto, vamos a elaborar un Check-list, donde van a quedar reflejados los factores de riesgo implicados y su puntuación. Todo con una escala tipo Likert de 1 a 5.

? Registro mediante acta de las sesiones de educación para la salud. En ellas se registrará número de pacientes, nombre y apellidos, fecha, nombre de la sesión, tiempo de la sesión y docente. Realización de un calendario de sesiones, de manera semestral.

? Realizaremos un listado de todos los pacientes que cumplan criterios y que pueden entrar en dicho plan.

? Revisión de la prescripción, concordancia y adherencia, en los pacientes con DM, hipertrigliceridemia e HTA. Utilizaremos para la evaluación de la adherencia, el test de MorinskyGreen-levine.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

? % de check-list cumplimentado/ total de pacientes con criterio de síndrome metabólico.

? % sesiones realizadas/total de sesiones planificadas.

? % de pacientes con DM- HTA- hipertrigliceridemia con acciones preventivas/ Total de pacientes hospitalizados con DM- HTA-hipertrigliceridemia con cifras alteradas.

? % pacientes con bajada de peso ponderal/ total de pacientes a los

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0587 (Contrato Programa)**

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

que se les ha realizado educación sanitaria para disminuir de peso.
? % de pacientes a los que se les ha realizado revisión farmacológica,
tanto de prescripción, concordancia y adherencia/ total de
pacientes hospitalizados con criterio de síndrome metabólico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

? En el mes de mayo, vamos a realizar el check-list que vamos a
complimentar con los pacientes con criterios de síndrome
metabólico.
? En el mes de junio, realizaremos una planificación de las sesiones de
educación sanitaria a implantar a partir de octubre.
? A lo largo del verano, realizaremos las sesiones en formato powerpoint.
? Octubre: puesta en común de las sesiones y presentación de las
mismas al resto de compañeros de la unidad. Realización de lluvia
de ideas y puesta en común.
? Octubre, noviembre y diciembre: control de pacientes con DM,
hipertrigliceridemia e HTA, revisión del tto farmacológico, control
de peso, control cifras de TA.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- proyector y sesiones psicoeducativas en power point.
-personal de enfermería de la unidad y colaboración con facultativos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0578 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA "PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE" EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA Y LARGA ESTANCIA DEL CSS SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL

2. RESPONSABLE BLANCA GOMEZ CHAGOYEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ULE/PSICOGERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ BERNAL GERMAN JORGE. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE PSICOGERIATRIA
· MARTINEZ SOTO ALMUDENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA
· LOPEZ GARCIA ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE
· RUEDA GARFELLA CARMEN. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE PSICOGERIATRIA
· CARCELERO ASENSIO PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE PSICOGERIATRIA
· SANCHEZ GARGALLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Plan de Salud Mental 2017-2021 (pág. 110), reconoce que una de las carencias más importantes en la oferta de servicios de salud mental es la inexistencia de un sistema de información fiable y útil (Línea Estratégica 4). Entre los objetivos estratégicos propuestos está el "disponer de un sistema informático para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación".

Desde el 1 de agosto de 2006 y hasta finales de 2018 (más de 12 años), hemos utilizado la base de datos DRSM (Registro de pacientes en Dispositivos Rehabilitadores de Salud Mental), en la que se han recogido exhaustivamente los datos personales, familiares, sociodemográficos, económicos y judiciales de todos los pacientes derivados desde las subcomisiones de ingresos tanto del Sector Teruel como del Sector Alcañiz. En cada ficha de proceso asistencial se ha realizado la valoración inicial aplicando las escalas HoNOS y Cronicidad y las sucesivas reevaluaciones de dichas escalas, así como del correspondiente Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), con la frecuencia acordada por el Departamento para las distintas Unidades (trimestral, semestral, anual). Estas estimaciones han resultado ser la base para la evaluación de numerosos indicadores de cumplimiento de objetivos del correspondiente Contrato Programa hasta 2017, tanto de proceso como de resultado (evaluaciones en plazo, desviaciones de estancias en las UME, porcentajes de mejoría en las escalas...).

Uno de los indicadores del Proyecto 06 del PSM 17-21, "Rehabilitación", es el % de pacientes en proceso de rehabilitación incluidos en la aplicación PPR.

El reciente esfuerzo en inversiones para la modernización de los equipos informáticos y la necesidad de cuidar la transición informada a otra filosofía asistencial en red hacen que la implantación de la herramienta PPR se convierta en uno de los objetivos prioritarios del Centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Modernizar las bases de datos y compartir la información en ámbito de la red autonómica de rehabilitación del trastorno mental grave
- Implicar a todos los trabajadores del centro, aún más si cabe, en la responsabilidad sobre el cumplimiento del plan de tratamiento de cada paciente
- Clarificar, compartir y evaluar los objetivos de rehabilitación individualizados de cada paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Implantación del sistema: (desde servicios centrales)
- Realización de una presentación informativa sobre manejo y uso del sistema.
- Presupuesto: 0€
- Reuniones previstas: 3
- Explicación a cada grupo participante del sistema sus funciones y manejo de la herramienta
- Presupuesto: 0 €
- Reuniones previstas: 2
 - TCAE
 - Técnicos (Psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales)
- Firma de acuerdos de confidencialidad por cada uno de los profesionales.
- Inicio de uso e integración en el trabajo del día a día del centro.
- Presupuesto: 0€
- Reuniones previstas: Inicio, control, evaluación (3)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 100 % de los pacientes de ULE y Psicogeriatría tienen su PPR.
- Al menos 2 entradas registradas en el PPR de cada colaborador del caso
- Al menos el 80 % de acuerdos de confidencialidad firmados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo - Abril 2019: Implantación del programa informático a nivel autonómico.

Mayo 2019: Reunión formativa para uso y manejo de Técnicos

Junio 2019: Reunión formativa para uso y manejo de TCAES

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0578 (Contrato Programa)**

IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA “PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE” EN LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA Y LARGA ESTANCIA DEL CSS SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL

Junio 2019: Firma de acuerdos de confidencialidad.

Julio - Diciembre 2019: Integración del sistema e inicio de uso por parte del personal.

Enero - Junio 2020: Consolidación del sistema, revisión de uso y manejo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 1.- Cada uno de los participantes debe disponer de un punto de acceso informático en su puesto de trabajo.
- 2.- Sala adecuada para la sesión formativa que disponga de proyector y ordenador.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0637 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA "PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE" EN LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA Y CENTRO DE DIA DEL CRP "SAN JUAN DE DIOS" DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA JOSE VAL CLAU

- Profesión MEDICO/A
- Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA CALVO LAURA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- PEREZ FUENTES ESTRELLA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- DIAZ LOSA CARLOS. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- RUEDA MARQUES BEATRIZ. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- MONCLUS MURO FERNANDO. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- QUINTANA UTRILLAS CARMEN. TCAE. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Plan de Salud Mental 2017-2021 (pág. 110), reconoce que una de las carencias más importantes en la oferta de servicios de salud mental es la inexistencia de un sistema de información fiable y útil (Línea Estratégica 4). Entre los objetivos estratégicos propuestos está el "disponer de un sistema informático para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación". Desde el 1 de agosto de 2006 y hasta finales de 2018 (más de 12 años), hemos utilizado la base de datos DRSM (Registro de pacientes en Dispositivos Rehabilitadores de Salud Mental), en la que se han recogido exhaustivamente los datos personales, familiares, sociodemográficos, económicos y judiciales de todos los pacientes derivados desde las subcomisiones de ingresos tanto del Sector Teruel como del Sector Alcañiz. En cada ficha de proceso asistencial se ha realizado la valoración inicial aplicando las escalas HONOS y Cronicidad y las sucesivas reevaluaciones de dichas escalas, así como del correspondiente Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), con la frecuencia acordada por el Departamento para las distintas Unidades (trimestral, semestral, anual). Estas estimaciones han resultado ser la base para la evaluación de numerosos indicadores de cumplimiento de objetivos del correspondiente Contrato Programa hasta 2017, tanto de proceso como de resultado (evaluaciones en plazo, desviaciones de estancias en la UME, porcentajes de mejoría en las escalas...). Uno de los indicadores del Proyecto 06 del PSM 17-21, "Rehabilitación", es el % de pacientes en proceso de rehabilitación incluidos en la aplicación PPR.

El reciente esfuerzo en inversiones para la modernización de los equipos informáticos en 2018 y la necesidad de cuidar la transición informada a otra filosofía asistencial en red hacen que la implantación de la herramienta PPR se convierta en uno de los objetivos prioritarios del Centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- a. Modernizar las bases de datos y compartir la información en ámbito de la red autonómica de rehabilitación del trastorno mental grave
- b. Implicar a todos los trabajadores del centro, aún más si cabe, en la responsabilidad sobre el cumplimiento del plan de tratamiento de cada paciente
- c. Clarificar, compartir y evaluar los objetivos de rehabilitación individualizados de cada paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- a. Implantación del sistema: (desde servicios centrales)
- b. Realización de una presentación informativa sobre manejo y uso del sistema.
 - Presupuesto: 0€
 - Reuniones previstas: 3
- c. Explicación a cada grupo participante del sistema sus funciones y manejo.
 - Presupuesto: 0 €
 - Reuniones previstas:
 1. Monitores (TCAE)
 2. Técnicos (Psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales)
- d. Firma de acuerdos de confidencialidad por cada uno de los trabajadores.
- e. Inicio de uso e integración en el trabajo del día a día del centro.
 - Presupuesto: 0€
 - Reuniones previstas: Inicio, control, evaluación (3)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- a. 100 % de los pacientes de UME y Centro de Día tienen su PPR
- b. Al menos 2 entradas registradas en el PPR de cada colaborador del caso
- c. Al menos el 80% de acuerdos de confidencialidad firmados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0637 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA "PLAN PERSONAL DE RECUPERACION (PPR) DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE" EN LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA Y CENTRO DE DIA DEL CRP "SAN JUAN DE DIOS" DE TERUEL

- a. Marzo - Abril 2019: Implantación del programa informático a nivel autonómico.
 - b. Mayo 2019: Reunión formativa para uso y manejo de Técnicos
 - c. Junio 2019: Reunión formativa para uso y manejo de TCAES
 - d. Junio 2019: Firma de acuerdos de confidencialidad.
 - e. Julio - Diciembre 2019: Integración del sistema e inicio de uso por parte del personal.
 - f. Enero - Junio 2020: Consolidación del sistema, revisión de uso y manejo.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- a. Cada uno de los participantes debe disponer de un punto de acceso informático en su puesto de trabajo.
 - b. Sala adecuada para la sesión formativa que disponga de proyector y ordenador.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0879 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE HABITOS SALUDABLES EN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ RUEDA MARQUES
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIAZ LOSA CARLOS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· RAMAJO FERNANDEZ NAIARA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· YUSTE VICENTE FELISA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GARCIA RODRIGUEZ ALMUDENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la unidad de media estancia del CRP San Juan de Dios, se ha propuesto un programa, dentro del Plan de Salud Mental 2017-2021, en sus líneas estratégicas y en el proyecto actuaciones de promoción y prevención en Salud Mental, programa de hábitos saludables en trastorno mental grave,

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se realizo esta actividad de octubre a mediados de diciembre, concretamente terminamos el día 21 de diciembre, en la cual no aumento ningún participante en peso
Todos los obesos han bajado de peso, algunos incluso 12 kg.
Hay personas que por ellas mismas se han quitado el pan, en le grupo de hábitos saludables se les ha insistido en que es mejor el pan que las galletas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- 8 semanas de sesiones de 50 minutos, de lunes a jueves, y los viernes una salida grupal.
- 2- toma de peso, tensión, glucemia y medidas de perímetro abdominal y muñeca, uno inicial y otro final a todos los participantes, todos ellos adultos, hombres y mujeres entre 21 a 54 años, con un índice de masa corporal mayor a 25, aunque en este grupo también se incluirá a todos los pacientes aunque tengan un índice de masa corporal normal. A día de hoy no tenemos ninguno de menos de bajo peso, de delgadez severa, moderada o leve.
- 3- poner a la mayoría de los participantes en un índice de masa corporal entre 18,4 - 24,99, los que tengan obesidad intentar que bajan a un índice de 28..
- 4- de lunes a jueves hacer un deporte de 12.30 a 13.20 de octubre a mayo, y los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 10.30 a 11. 20 h
- 5- los viernes se realiza salida terapéutica por la ciudad, en la cual se ira andando un mínimo de 2 km.
- 6- Se podrá sustituir el deporte por paseos por la orilla del rio Turia, los fines de semana esta semana tb se podrá realizar.
- 7- En el centro se dispone de una tarjeta de préstamo de la piscina tanto en invierno (climatizada) como en verano (piscina municipal) para que puedan utilizar este recurso.
- 8- Poner dietas hipograsas a todos, exceptuando los que necesiten blandas (a día de hoy hay una persona), o bajas en sal (a día de hoy son dos personas), solamente hay una persona que se añade una persona sal en las comidas por salirle en las analíticas sanguíneas bajo el sodio.
- 9- Quitar el bocadillo del desayuno, solamente hay 3 personas con esta opción.
- 10- Grupo de deshabitación tabáquica una vez por semana a la que asisten voluntariamente quien quiera.
- 11- Suprimir el chocolate de los domingos.
- 12- Elaborar un grupo una vez por semana para hablar de hábitos saludables, con proyecciones en power point y reportajes sobre obesidad, dietas saludables.....
- 13- Si beben bebidas azucaradas que sean de cero calorías. Realizar 5 comidas repartidas a lo largo del día que disminuirán la sensación de hambre.
- 14- Detectar el momento del día en que se realizan las transgresiones en la dieta que normalmente serán por la tarde, ya que por la mañana realizar y participan en mas actividades.
- 15- De lunes a viernes por la noche realizaran taller de cocina en el cual se harán la cena, los productos para esta actividad los pasaran de cocina por la mañana, los pacientes de centro de día esta actividad no la pueden realizar porque se van por la tarde, solamente la pueden realizar los que estén ingresados como unidad de media estancia.
- 16- Mirar cual de los usuarios padecen insomnio, cualquier otra alteración de la noche.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

índice de masa corporal
tensión arterial
perímetro abdominal y muñeca
glucemia
hemoglobina glicada
cuestionario de oviedo del sueño

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

de octubre a diciembre, a día de hoy lo estamos realizando otra vez

Proyecto: 2019_0879 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE HABITOS SALUDABLES EN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

9. RECURSOS NECESARIOS.

tener un hueco a la semana en el calendario de actividades para realizar un grupo de hábitos saludables. de lunes a jueves esta puesto en el calendario de actividades de 12.30 a 13.20 grupo de deporte de octubre a mayo, y de junio a principios de octubre se cambiara de 10.30 a 11.20 horas todos los viernes salida terapeutica por la ciudad en julio y agosto se dispondra de una mañana para ir a la piscina pública con la tarjeta de la piscina que dispone el centro, la cual en invierno se podrá utilizar para ir a la piscina climatizada el centro dispone una cocina equipada para que los usuarios hagan el taller de cocina

10. OBSERVACIONES.

se esta repitiendo otra vez dicho programa, la vez anterior que se hizo y ninguno aumento de peso, y los obesos llegaron a perder incluso 12 kg. Según la OMS para personas adultas tienen que realizar al menos 150 minutos de actividad moderada a la semana, o 75 minutos de actividad vigorosa a la semana o una combinación equivalente de las anteriores . Estas recomendaciones pueden alcanzarse sumando periodos de al menos 10 minutos seguidos cada uno. Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada uno o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo . Fomentar el transporte activo. Limitar el tiempo delante de una pantalla.

Hay que tener en cuenta que puede haber altas y bajas de residentes los cuales incluiremos

Hacer el grupo de deporte y el de la salida de terapéutica siempre, así como el grupo de deshabitación tabáquica. Poner dietas hipograsas a todos, se podrán hacer excepciones como en días de navidad y en las fiestas de San Juan de Dios.

Hacer contrales de hemoglobina glicada ya que suele estar aumentada por la medicación. A media mañana la toma de la fruta dar manzana que disminuye la saciedad, y bebiendo agua previa a la ingestas principales .

Tener en cuenta las recomendaciones de la ADA (ASOCIACION AMERICANA DE DIABETES) de ejercicio físico para diabéticos, por si tenemos algún diabético y son: para la mayoría de los adultos con diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2 deben comprometerse a realizar ejercicio físico de intensidad moderada a vigorosa de 150 minutos o más por semana, repartidas en al menos 3 veces/semana, con no más de 2 días consecutivos de actividad. Duraciones más cortas (mínimo 75 minutos/semna) de intensidad vigorosa o entrenamiento a intervalos pueden ser suficientes para las personas jóvenes y más aptos físicamente

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1126 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GARCIA ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· MARTINEZ SOTO ALMUDENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA
· PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· VILLALBA YUSTE FERNANDO. PSICOLOGO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En España existe experiencia de Terapia Ocupacional (TO) en Unidades de Psiquiatría de hospitales generales en comunidades autónomas como Cataluña, Navarra, Galicia, Andalucía, etc. Pero no ha sido hasta el pasado diciembre de 2018 cuando se ha contratado a este profesional en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, quien desarrolla actividades ocupacionales con un buen nivel de satisfacción tanto por parte de los pacientes como del equipo de la unidad.

En el Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel no existe todavía esta figura profesional y por ello nos proponemos realizar un breve proyecto piloto para observar la pertinencia de las actividades ocupacionales dentro de su Unidad de Psiquiatría y ver si el impacto de satisfacción es similar.

Entendemos que las condiciones del ingreso hospitalario psiquiátrico pueden potenciar síntomas y conductas psicopatológicas como ansiedad, impulsividad, irritabilidad, desorientación, apatía, resistencias en la vinculación a la unidad,... y la actividad terapéutica puede ayudar a la reorganización conductual del paciente por diversos aspectos:

Es un gran canalizador de este tipo de conductas.

Tiene un gran potencial en la construcción o reconstrucción de su identidad personal.

Vuelve participe al paciente en su proceso de tratamiento, convirtiéndolo en elemento activo y colaborador, aspectos fundamentales en su propia evolución.

Propicia conductas y aptitudes terapéuticas: responsabilidad con el proceso, relaciones interpersonales más saludables, orientación hacia la solución de problemas,...

Por ello el proceso de evaluación, evolución y análisis ocupacional es beneficioso tanto para el proceso terapéutico mismo como para el resto de profesionales que intervienen en éste.

La atención de TO en una unidad de agudos está dirigida a:

1. Minimizar el estrés emocional que supone el ingreso hospitalario.
2. Disminuir el impacto de la descompensación psicopatológica, sirviendo de soporte al tratamiento farmacológico.
3. Conformar una rutina ocupacional estable y graduada conforme la evolución del paciente.

Presentamos entonces este proyecto de coordinación entre varios centros asistenciales: HUMS (cuya TO facilitará información acerca de las actividades e intervenciones más convenientes), HOP (centro donde se va a llevar a cabo la intervención) y CRP (cuyas TO desarrollarán el proyecto).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un breve proyecto piloto de TO en la Unidad de Psiquiatría del HOP de Teruel
- Evaluar la satisfacción de los pacientes y equipo multidisciplinar con las actividades de TO
- Divulgar los resultados de este proyecto piloto entre los centros implicados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Planificación del proyecto:

- a. búsqueda bibliográfica de evidencia para seleccionar actividades ocupacionales más apropiadas y selección de la escala de evaluación de satisfacción
- b. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con la TO de la Unidad de Psiquiatría del HUMS, para coordinar las actividades del proyecto piloto con la experiencia previa en esta unidad.
- c. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención y el director del CRP San Juan de Dios, para coordinar horarios entre ambos dispositivos (CRP y HOP)
- d. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con el equipo multidisciplinar de la Unidad de Psiquiatría del HOP (psiquiatras, psicólogo clínico, enfermería, TCAE) para coordinar actividades ocupacionales y planificar horarios, días de intervención, espacio,...

2. Ejecución del proyecto: realización de actividades ocupacionales en la planta de Psiquiatría por TO

3. Evaluación del proyecto: medición del grado de satisfacción de pacientes y profesionales con las actividades ocupacionales, así como otros aspectos que se crean convenientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° pacientes atendidos por TO en la Unidad de Psiquiatría entre octubre y diciembre 2019 / N° total pacientes ingresados en el mismo periodo de tiempo x 100. Objetivo: igual o mayor al 20%
- N° pacientes con evaluación de satisfacción realizada / N° pacientes participantes en alguna actividad de TO

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1126 (Contrato Programa)**

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

x 100. Objetivo: igual o mayor al 80%
- N° profesionales con evaluación de satisfacción realizada / N° total profesionales planta de Psiquiatría x 100.
Objetivo: igual o mayor al 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril - septiembre 2019: planificación del proyecto
- Octubre - diciembre 2019: ejecución del proyecto
- Enero 2020: evaluación del proyecto y medición de indicadores
- Febrero 2020: divulgación de resultados a los centros implicados (dirección HOP, jefe servicio Psiquiatría, supervisión de la unidad, etc)

9. RECURSOS NECESARIOS.

- coste económico 0, ya que tanto los recursos materiales como humanos (TO) serán aportados por el CRP.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1187 (Contrato Programa)**

EVALUACION DE LA CARGA ANTICOLINERGICA EN PACIENTES GERIATRICOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MONFORTE GASQUE
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LLORENTE ROMEO PABLO. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). GERIATRIA
• MARTINEZ LAFUENTE BELEN. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). GERIATRIA
• HERNANDEZ MARTIN CLARA. ENFERMERO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Los fármacos con acción anticolinérgica son ampliamente utilizados en la práctica clínica actual, empleándose en el tratamiento de entidades tan dispares como incontinencia urinaria, úlcera péptica, colon irritable, depresión, temblor o sedación. A pesar de su uso frecuente, sus efectos adversos no son desdeñables.

Los efectos secundarios de estos fármacos están en relación con su acción sobre los receptores colinérgicos:

- A nivel periférico: disminución de secreciones, enlentecimiento de la motilidad intestinal, visión borrosa, aumento de la frecuencia cardiaca, boca seca, estreñimiento, impactación fecal y retención urinaria, entre otros.

- A nivel del sistema nervioso central, dado que los receptores muscarínicos median mecanismos de atención, aprendizaje y memoria a corto plazo³, el empleo de agentes anticolinérgicos puede producir un deterioro de la función cognitiva e, incluso, precipitar la aparición de delirium.

Los efectos adversos cognitivos de los fármacos anticolinérgicos en estos pacientes dependen de la carga total anticolinérgica, de la función cognitiva de base y de la variabilidad individual farmacocinética y farmacodinamia. Los síntomas que se relacionan con el efecto anticolinérgico son falta de concentración y pérdida de memoria y, en personas con déficit cognitivo, exacerbación de los síntomas cognitivos y deterioro funcional originando falsos diagnósticos de demencia o deterioro cognitivo leve.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Objetivos principales:

- Conocer el porcentaje de pacientes en tratamiento con algún fármaco anticolinérgico según las escalas seleccionadas en los pacientes ingresados en la Residencia Javalambre.

- Conocer la carga anticolinérgica según las escalas seleccionadas: escala ACB (más validada y difundida) y DBI (contempla dosis).

- Conseguir reducción de la carga anticolinérgica pacientes ingresados en Residencia Javalambre.

2. Objetivos secundarios:

- Conocer la prevalencia de pacientes con cada fármaco anticolinérgico.

- Conocer la prevalencia de pacientes en los tres grupos establecidos según la carga anticolinérgica (grave, moderada, leve).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica referente a carga anticolinérgica en pacientes geriátricos.

- Definir las variables a recoger en el estudio.

- Establecer los criterios de inclusión y exclusión, así como el tamaño de la muestra.

- Elaboración de la base de datos para la recogida de los mismos.

- Cálculo de la carga anticolinérgica de cada paciente.

- Valoración multidisciplinar de alternativas disponibles para la reducción de dicha carga en el paciente.

- Estudio de los datos obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. INDICADOR 1: porcentaje de pacientes en los que se valora la carga anticolinérgica: nº pacientes valorados / nº pacientes total ingresados en Residencia Javalambre.

Objetivo: 50 %

2. INDICADOR 2: porcentaje de pacientes con reducción de carga anticolinérgica: nº pacientes con reducción en la puntuación de la carga anticolinérgica/ nº total de pacientes con carga anticolinérgica previa.

Objetivo: 40 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Definir el proyecto: Abril 2019. Responsable: M^a Pilar Monforte Gasque

- Creación base de datos (Excel): Mayo 2019. Responsable: M^a Pilar Monforte Gasque

- Implantación del proyecto: recogida de datos: Junio-Octubre 2019. Responsable: M^a Pilar Monforte Gasque y Clara Hernández Martín

- Estudio de las alternativas disponibles para reducción carga anticolinérgica: Junio-Octubre 2019.

Responsables: Todos los componentes

- Evaluación de los datos: cálculo de los indicadores de calidad: Noviembre 2019 -Enero 2020. Responsables: Todos los componentes

- Redacción de los resultados obtenidos: Febrero - Abril 2020. Responsable: M^a Pilar Monforte Gasque

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1187 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CARGA ANTICOLINERGICA EN PACIENTES GERIATRICOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

- Tiempo: las actividades propuestas requieren tiempo para la recogida de datos y evaluación de los mismos. Aproximadamente 15-20 minutos por paciente.
- Formación: realización de reuniones de equipo y búsqueda de bibliografía.
- Soporte Informático: acceso a historia clínica informática, página web para el cálculo de la carga anticolinérgica (<http://www.anticholinergicscales.es/dashboard>)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1261 (Contrato Programa)

REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

2. RESPONSABLE JULIA HERNANDEZ MARTIN
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro CSS SAN JOSE
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MONFORTE GASQUE MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
 - COMET BERNAD MACARENA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
 - CASTELLOTE GONZALEZ ISABEL. TEAF. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
 - RUBERTE GRESA MARTA. TCAE. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
 - MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
 - SOGUERO PEREZ MARI MAR. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. CODIFICACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP), es una organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos. En su documento "2016-2017 Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals", el ISMP recoge una serie de recomendaciones que deberían de aplicarse en los hospitales para corregir determinadas prácticas que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. Entre ellas, se recoge que aquellos medicamentos comercializados en formas orales líquidas que no estén disponibles en dosis unitarias, sean dispensados desde los Servicios de Farmacia en jeringas específicas para administración oral.

Para ello, se deben de cumplir dos condiciones:

- Que incluyan de manera bien visible el texto USO ORAL EXCLUSIVO.
 - La conexión de la jeringa no pueda conectar con ningún dispositivo de administración parenteral.
- Actualmente en el Hospital San José la dispensación de los medicamentos orales líquidos se realiza por stock a las unidades de hospitalización, sin indicar el paciente para el que ha sido prescrito. Este procedimiento puede conllevar a errores de medicación, tanto de dosificación como de paciente erróneo. La elaboración de dosis unitarias desde el servicio de farmacia permitiría, además de una mejora en la seguridad del paciente, un mayor aprovechamiento de los medicamentos, ya que un mismo frasco podría ser reenvasado para utilizarse por varios pacientes de distintas unidades de hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implantar un procedimiento de reenvasado y dispensación en dosis unitarias de formas farmacéuticas líquidas orales en el hospital
- Reducir la carga de enfermería en las unidades de hospitalización

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos
- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento
- Modificación de las instalaciones en caso necesario
- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios
- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®)
- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock

Fuente de datos: Farmatools®

Estándar: <30%

- Grado de satisfacción del personal de enfermería en relación a la carga de trabajo y mejora de la seguridad tras la puesta en marcha del procedimiento de dispensación en dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas orales

Fuente de datos: encuesta ad hoc

Estándar: 75

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de proyecto: abril 2019

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos. Duración: una semana (abril 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento. Duración: dos semanas (mayo 2019).

Responsables: farmacéuticas, dirección médica, dirección de enfermería, responsable de materiales del sector.

- Modificación de las instalaciones en caso necesario. Duración: un mes (junio 2019). Responsables: dirección y

servicio de mantenimiento.

- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios. Duración: un mes (julio 2019). Responsable:

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1261 (Contrato Programa)**

REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Julia Hernández Martín.

- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®). Duración: dos semanas (agosto 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos. Duración: una semana (septiembre 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

A partir de este momento se comenzará con el procedimiento de elaboración de dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas, que se dispensarán diariamente en el carro de unidosis por paciente con el resto de medicación.

- Evaluación del proyecto: obtención de indicadores y encuesta de satisfacción del personal de enfermería. Duración: tres semanas (marzo 2020). Responsable: Julia Hernández Martín.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Adaptación de la zona de preparación según la legislación vigente (superficie de trabajo suficiente de material liso e impermeable, fácil de limpiar y desinfectar, inerte a colorantes y sustancias agresivas, armarios y estanterías).

- Etiquetas para el material de reacondicionado

- Material de acondicionamiento (vasos unidosis con tapa o jeringas de administración oral con tapón obturador y adaptador universal para llenado de jeringas).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Ancianos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuaquier paciente ingresado en el San José

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0023 (Contrato Programa)**

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN AMBITO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRIÑAN TORNERO JOSE ABRAHAM. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· PONZ FLOR INMA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· SANMARTIN IGUAL ELISA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· ESCUDER ARNAU ISABEL. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· PEREZ NAVALON MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La oxigenoterapia es un tratamiento utilizado en el ambito hospitalario que no está exento de riesgos y precauciones que tanto los profesionales como los pacientes y familiares debemos de tener tanto para su correcta administración como para su mantenimiento y para evitar posibles repercusiones en la salud del paciente.

Es una parte importante del tratamiento tanto en situaciones de insuficiencia respiratoria aguda como crónica en el perfil del paciente ingresado en nuestro hospital, enfocado en la labor de enfermería para orientar a este colectivo en el correcto manejo del tratamiento y así poder resolver las dudas y corregir los errores que se hayan podido producir en la administración de la oxigenoterapia en nuestro hospital y prevenir las posibles infecciones nosocomiales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal: Analizar el manejo, procedimientos y correcto mantenimiento y recambio de la oxigenoterapia desde un punto teórico y práctico.

Secundario: Prevenir y/o corregir los efectos no deseados derivados de la administración de oxígeno(infecciones bucales, infecciones nosocomiales, UPP...)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar Proyecto de Calidad para la correcta administración de oxigenoterapia en el ambito hospitalario a partir de búsqueda bibliografica en diferentes bases de datos como Pubmed o Cuiden, revisar diferentes guías clínicas y protocolos de distintos hospitales.

Se aceptaran artículos, manuales o procedimientos instaurados posteriores al año 2005 y que hagan referencia al tratamiento de oxigenoterapia en el ambito hospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación de este procedimiento se realizará mediante estudio de incidencia o corte de prevalencia, proponiendo a las unidades un sistema de autoevaluación considerando los siguientes aspectos a evaluar:

- La concentración y flujo de O₂ suministrada con la prescrita.

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que la concentración de oxígeno suministrada se corresponde con la prescrita/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- El flujo y la pauta de O₂ a suministra está registrado

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que el flujo esta registrado en el humidificador y en el documento de evolución de enfermería/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Aparición de UPP en las zonas de apoyo del sistema de suministro de O₂.

INDICADOR= (número de pacientes con oxigenoterapia que presentan UPP en las zonas de apoyo del sistema de administración de oxígeno/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Mantenimiento de la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización.

INDICADOR= (número de sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización con signos de suciedad o restos de secreciones del paciente/ Total de pacientes con dichos sistemas)x100

- Registro correcto de fecha de apertura de sistemas de oxigenoterapia y nebulización .

INDICADOR= (número de pacientes con sistemas de oxigenoterapia y nebulización, en los cuales se ha hecho correctamente el registro en la hoja de evolución de enfermería y en los propios sistemas para su recambio/ Total de pacientes que tienen oxigenoterapia)x100

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0023 (Contrato Programa)

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN AMBITO HOSPITALARIO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Dende su implantación. Revisión cada 4 años del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0168 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

2. RESPONSABLE CARLOS GALA SERRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALES EIZAGUIRRE MARTE. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA
- QUÍLEZ SALAS NURIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA
- MARTÍNEZ FABRE DANIEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA
- LINGUE MARTIN MAGDALENA. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA
- OQUENDO MARMANU CARMEN. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA
- FERNANDEZ MINYANA DIONIS CAROLINA. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRÍA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los >65 años son el 17% de los españoles y consumen el 73% del gasto farmacéutico. A su vez los > 85 años son ahora la población de mayor expansión demográfica y en este principio del siglo XXI las personas vivirían más años y con menor discapacidad.

La polimedición es un problema de SP de 1º orden en los países desarrollados, por su prevalencia (entre los ancianos frágiles o muy ancianos es del 70%) y por sus consecuencias clínicas, legales, éticas y económicas. La desprescripción es el proceso de analizar los medicamentos que concluye con la modificación de dosis o sustitución de fármacos. Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científicas, la funcionalidad física y social, la calidad de vida, la comorbilidad, las preferencias del paciente, y los factores farmacológicos de los medicamentos.

Muchos de los medicamentos que toman los ancianos frágiles o enfermos terminales producen efectos adversos molestos o graves, por tanto, en determinadas ocasiones su retirada pudiera estar justificada tanto del punto de vista clínico, ético como económico.

La desprescripción se hará:

- 1.- Realizando listado de medicamentos y valorando la polimedición (> 5 fármacos, según los criterios de Monane y Cols)
- 2.- Valorando el estado funcional, cognitivo y socio-cultural como factores de riesgo de la polimedición.
- 3.- Valorando metas, objetivos ttº, esperanza vida y tiempo hasta el beneficio para aplicar los criterios de desprescripción
- 4.- En los pacientes seleccionados, aplicando criterios STOPP versión 2, Denis O'Mahony et al, Age and Ageing 2014, de desprescripción.

Anexo: Inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos del SALUD-2019

- 5.- Valorando en visitas futuras, adherencia a la desprescripción realizada, caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Detección de pacientes polimedificados en nuestras consultas para prevenir yatrogenia medicamentosa. Pacientes polimedificados (> 5 fármacos)
2. Mejorar la formación del personal médico y de enfermería en criterios de desprescripción en el anciano.
3. Intentar realizar la desprescripción de medicación inadecuada en aquellos pacientes que lo necesitan teniendo en cuenta su VGI, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y beneficio del tratamiento, siguiendo los criterios STOPP versión 2 y criterios STOPP-frail

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de grupo de trabajo por geriatras y residentes que pasan consultas externas.

- Reuniones organizativas al inicio del proyecto y cada 2 meses para valorar la evolución del proyecto.

• Elaboración de la hoja de recogida de datos en la primera visita y en las visitas consecutivas. Discusión de las variables a recoger.

• Sesiones formativas de a los médicos que van a coger las variables de los criterios STOPP versión 2, 2014 y STOP-FRAIL.

Una vez de acuerdo con las variables que recogeremos en la 1ª y visitas sucesivas, comenzaremos con la recogida de datos y desprescripción en las consultas externas de Geriatria. Se realizarán sesiones formativas a los médicos que realizan la desprescripción de esta y los criterios elegidos y se informará al médico de AP de la desprescripción mediante anotación en la HCE.

Finalmente se creará una Excel en el que se registrará datos de las hojas de recogida en la 1ª visita y posteriores. Se recogerá: edad, sexo, Índice de Barthel, deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica, nivel cultural, situación social, nº de fármacos, desprescripción o no, nº de desprescripciones, adherencia a la desprescripción y caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad retrospectiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1: (Nº médicos que asisten a las sesiones/ Nº total de médicos del hospital) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 2: (Nº de pacientes de desprescripción/ Nº total de pacientes polimedificados detectados) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 3: (Nº de pacientes en los que se realiza la desprescripción y se realiza anotación en la historia electrónica/ Nº de pacientes polimedificados en los que se realiza desprescripción) X100 (Estándar: Superior o

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0168 (Contrato Programa)**

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

igual
al 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Reuniones para definir herramientas y proyecto. Coordinado por Carlos Gala de Feb-Abril 2019.
2. Crear Access/Excel para recogida de datos. Responsable Carlos Gala. Marzo-Abril 2019.
3. Implantación del proyecto. Recogida de datos. Tpdos los autores de Mayo-Diciembre 2019.
4. Evaluación de los indicadores de Calidad. Responsable Carlos Gala. Enero 2020.
5. Redacción de los resultados. Responsable Carlos Gala. Enero-Febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo: Las actividades que propone este proyecto precisan unos 5 min en la visita de los pacientes a consultas externas para valorar al paciente, cuantificar la medicación y aplicar las medidas de desprescripción si fueran necesarias.

Formación: Se relizarán reuniones de equipo y además disponemos de bibliografía de apoyo para ofrecer la mayor rigurosidad a este proyecto.

Equipos y recursos informáticos del Hospital: acceso a historia clínica electrónica, uso de ordenador portátil para sesiones formativas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ANCIANOS POLIMEDICADOS ·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0434 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE PURIFICACION MONTERO CERCOS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CASTRO VILELA MARIA ELENA. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• GALA SERRA CARLOS. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• MARTINEZ FABRE DANIEL. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• SALVADOR PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• SUSIN ARREGUI INES. PSICOLOGO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El delirium es un síndrome orgánico que se caracteriza por un inicio agudo, un curso fluctuante y alteraciones de la consciencia, de la orientación, de la memoria, del pensamiento, de la percepción y del comportamiento. Puede provocar una cascada de fenómenos que conducen al deterioro funcional, dependencia, institucionalización y eventualmente la muerte.

La prevalencia en mayores de 85 años llega hasta el 14%. A nivel hospitalario varía del 10-56%. La mortalidad intrahospitalaria suele estar entre el 22 y el 76%.

El uso de protocolos para el reconocimiento de pacientes de riesgo alto de delirium es de gran importancia para su prevención.

Creemos que la creación de un protocolo de actuación interdisciplinaria para la prevención, detección y tratamiento del delirium, beneficiará a los ancianos ingresados en Geriatria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium, detección y tratamiento no farmacológico. Mejorar el conocimiento de los familiares, cuidadores y personal sanitario respecto al Delirium.

Conocer la incidencia de delirium en nuestro hospital.

Mejorar el registro del diagnóstico de delirium en la historia clínica y el informe de alta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinario.

Reuniones organizativas.

Elaboración de un protocolo de prevención, detección y tratamiento no farmacológicas del delirium que incluya:

1. Medidas no farmacológicas para la prevención: orientación, nutrición, hidratación, ritmo sueño - vigilia, facilidades auditivas y visuales, movilidad, eliminar restricciones en lo posible y facilitar transferencias a WC, control del dolor. 2. Se propondrá adaptar horarios de administración de la medicación, toma de muestras, constantes y otros cuidados que suelen realizarse a última hora de la noche o a primera hora de la mañana para evitar la interrupción del sueño. 3. Herramienta para diagnóstico de delirium (Confusion Assessment Method - CAM). 4. Conducta a seguir en caso de detección de delirium.

Este protocolo estará en los controles de enfermería y quedará reflejado en forma de poster para facilitar que todo el personal tenga acceso a este.

Elaboración de un tríptico informativo de Delirium, dirigido a familiares y cuidadores.

Realización de sesiones clínicas de Delirium con el objetivo de que todo el personal sanitario se actualice y se involucre en las actividades de este proyecto.

Talleres dirigidos a familiares y cuidadores con información acerca del delirium y medidas para prevenirlo.

Taller de aprendizaje de control conductual por el personal, mediante técnicas psicológicas, verbales y de manejo conductual, de agitación y delirium.

Protocolizar el registro en el informe de alta del diagnóstico de Delirium.

Se creará una base de datos en Excel en el que se registrará los casos de Delirium. Se incluirán variables epidemiológicas y clínicas. Mortalidad durante el ingreso, 1 mes y 6 meses. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas en futuros cortes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. (Nº pacientes con screening mediante escala CAM/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ con sospecha de Delirium) X100 (Estándar: mayor al 50%)

2. (Nº pacientes/familiares que recibieron el tríptico informativo de delirium/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

3. (Nº pacientes con registro de diagnóstico de delirium en el informe de alta/ Nº total de pacientes con algún episodio de delirium registrado en la historia clínica, ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

4. Nº de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención del delirium/ Nº total de personal sanitario del HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones organizativas: Febrero, marzo, junio, septiembre 2019.

Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019

Proyecto: 2019_0434 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Recogida de datos: Mayo a julio 2019
Creación de tríptico, protocolo y póster: Marzo y abril 2019
Sesiones formativas y talleres: Abril-Mayo y Septiembre-octubre 2019
Evaluación de los indicadores de calidad Diciembre: 2019
Redacción de los resultados: Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Equipos y recursos informáticos del Hospital: acceso a historia clínica electrónica, uso de ordenador portátil para sesiones formativas.
- Sala para organizar sesiones formativas para personal sanitario y familiares/cuidadores.
- Tiempo de profesionales para poder impartir las sesiones formativas y poder asistir a dichas sesiones.
- Elaboración e impresión de trípticos y posters
- Para favorecer movilidad: Andadores, bastones, sillas de ruedas
- Para favorecer continencia: silla para baño, elevadores para baños
- Para favorecer orientación: Reloj y calendarios para habitaciones y/o salas comunes. Corchos individuales para fotos y material personal del paciente.
- De ocio: Juegos de mesas y libros en las salas de uso común.
- 2 camas en el Hospital de máximo descenso hasta suelo, para evitar empleo de contenciones físicas en casos severos.
- Plafones de iluminación diurna y nocturna en techo, en 2 habitaciones, para facilitar orientación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0440 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CASTRO VILELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• PONZ FLOR INMA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• ESTEBAN MONTALAR CARMEN. TCAE. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• FANDOS SIERRA LAURA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los programas de ejercicio físico multicomponente y particularmente el entrenamiento de la fuerza, constituyen las intervenciones más eficaces para retrasar la discapacidad y otros eventos adversos. El grupo de trabajo interdisciplinar de Prevención de deterioro funcional, de nuestro hospital, propone incorporar un programa de entrenamiento multicomponente en los pacientes ingresados, con el fin de mantener un nivel de funcionalidad que supere el más alto grado de autonomía posible en cada caso. El entrenamiento multicomponente se basará en el Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail e incluye series de ejercicios de fuerza, cardiovascular, equilibrio y flexibilidad, todo esto adaptado a cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones que pueda tener el proceso agudo de la hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer un programa de entrenamiento multicomponente para pacientes ingresados.
Incorporar en la valoración de la capacidad funcional, el test de la velocidad de marcha en 6 metros.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones periódicas organizativas del equipo interdisciplinar
En todos los pacientes, se registrará el nivel de movilidad y se incluirá el test de la velocidad de la marcha (VM) (en el momento de mayor estabilidad).
o El test de la VM examina la función física relacionada con el movimiento y consiste en medir el tiempo requerido para caminar 6 metros a la velocidad habitual de marcha. Es un marcador de fragilidad y predictor de caídas.
o Se adaptará en los pasillos de las plantas de hospitalización línea con la medida de 6 metros para poder realizar el Test de VM.
• Se excluirán los pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel previo menor de 20.
• Se realizará una prescripción individualizada de ejercicios multicomponente utilizando la herramienta Vivifrail como modelo y adaptándolo a cada caso y con las herramientas que dispongamos en nuestro centro.
• Charlas para actualizar al personal sanitario de la importancia de promover la movilización temprana e información del programa de ejercicios multicomponente.
• Charlas para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización" y Entrenamiento Multicomponente.
• Se promoverá la continencia, estimulando el acompañamiento a los pacientes al cuarto de baño cuando lo precisen y se evitará el uso de los pañales en pacientes continentales.
• Se reforzará en los casos que sea factible, el uso de pijamas (en lugar de camisón) y zapatillas cerradas para facilitar movilidad.
• Al alta se realizarán recomendaciones y pautas para continuar con el programa de ejercicios multicomponente.
• Se creará una base de datos en la que se registrarán variables clínicas y funcionales que permitan valorar las intervenciones realizadas.
Se recogerán los datos de pacientes incluidos en el estudio en un periodo de 3 meses. Tras 1 mes del alta hospitalaria, se realizará una llamada telefónica para valorar el grado de adherencia a las recomendaciones del programa de ejercicios multicomponente. Se solicitará la autorización del paciente (tutor o familiar) para formar parte de la base de datos y participar en el seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: N° de pacientes con Test de Velocidad de la marcha/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100.
Estándar: Superior o igual al 60%
Indicador 2: N° de pacientes que reciben instrucciones para realizar un programa de ejercicios multicomponente/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100. Estándar: Superior al 60%
Indicador 3: N° de personal sanitario que asista a una sesión formativa de programa de ejercicio multicomponente/ N° total de personal sanitario del HSJ x 100. Estándar: Superior o igual al 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones Organizativas: Febrero - Abril 2019
Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019
Recogida de datos: Mayo-Julio 2019

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0440 (Contrato Programa)**

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Creación de programa de Ejercicios Multicomponente: Marzo-abril 2019
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2019
Sesiones formativas (personal sanitario). Talleres para familiares y cuidadores: Marzo a Mayo 2019
Evaluación de los indicadores de calidad: Noviembre-Diciembre 2019
Redacción de los resultados: Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipos y recursos informáticos: acceso a historia clínica, uso de ordenador portátil.
Tiempo del personal sanitario involucrado en el proyecto
Papel, impresora
Material ortopédico: Andadores, bastones, silla para baño, elevadores para baños.
Requerimiento para valorar Test de marcha: Pasillo de al menos 6 metros, buena iluminación, cronómetro.
Material para programa de ejercicios multicomponente: sillas, peso (mancuernas-botellas de agua), cintas elásticas, pelotas de goma o antiestrés, tobilleras, toallas.
Lugar de realización de ejercicios multicomponentes: Habitaciones, salas comunes, pasillos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0900 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ANTICOAGULACION ORAL EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE TERUEL

2. RESPONSABLE IRENE PAREDES NOGALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FABRE DANIEL. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· MATEO ABAD ANA. EIR. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· OQUENDO MARMANEU CARMEN. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· MENDEZ CAÑETE SILVIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La terapia anticoagulante es cada vez más frecuente en la práctica clínica. Los anticoagulantes orales son fármacos con un complejo manejo y un estrecho margen terapéutico, lo que con mayor frecuencia ocasionan eventos adversos relacionado con la medicación. Debido a las características de este fármaco y las consideraciones necesarias durante su proceso en el paciente, se considera necesario el planteamiento y la puesta en marcha de este proyecto con el objetivo de minimizar los errores en su práctica clínica asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el tratamiento con anticoagulación oral con acenocumarol en pacientes ingresados en el Hospital San José, durante el año 2019 mediante la disminución de los errores en la prescripción y administración, según la comparación entre el tratamiento prescrito en Farmatools® y la pauta aportada por Hematología. Optimizar el rendimiento de las extracciones sanguíneas dirigidas al control del rango terapéutico de la anticoagulación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ante la necesidad de mejora, se propone a los profesionales implicados en el manejo del Sintrom® su participación en el proyecto (medicina, enfermería y farmacia).

- 1) Definición del proyecto: mes de enero de 2019, se plantea el objetivo principal y los indicadores de calidad. Durante el mes de febrero se redacta el proyecto de calidad para presentarlo a la Dirección del Hospital.
- 2) Estudio retrospectivo de los errores de medicación identificados en el proceso farmacoterapéutico del tratamiento anticoagulante. Durante los meses febrero-marzo.
- 3) Difusión del proyecto: los meses marzo-abril.
- 4) Estudio prospectivo de los errores de medicación identificados tras la mejora del proceso farmacoterapéutico del tratamiento anticoagulación.
- 5) Calcular los indicadores de calidad propuestos y redactar resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Evaluación de errores en el proceso de prescripción y administración.
fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa Farmatools, estándar: <30%.
2. Evaluación del rendimiento de las extracciones sanguíneas.
fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa Farmatools®, estándar: <30%.
3. Evaluación del proceso de educación sanitaria durante la hospitalización.
fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa Farmatools®, estándar >60%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones para definición del proyecto (Irene Paredes y Daniel Martinez): Enero de 2019.
Estudio retrospectivo de errores en anticoagulación (Irene Paredes y Daniel Martinez): Febrero y marzo de 2019.
Presentación del proyecto de calidad al Servicio (Irene Paredes y Daniel Martinez): Marzo-Abril.
Puesta en marcha de medidas de mejora de la calidad y recogida de datos (todos los participantes): De mayo a Diciembre de 2019.
Evaluación de los indicadores de Calidad (todos los participantes): Enero de 2020.
Redacción de resultados (todos los participantes): Enero de 2010
Fecha inicio: enero de 2019. Fecha fin: Enero 2020.

Proyecto: 2019_0900 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ANTICOAGULACION ORAL EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE TERUEL

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0966 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRIA: REVISION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE MARTA MERCEDES GONZALEZ EIZAGUIRRE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CSS SAN JOSE
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIAL ESCOLANO RAQUEL.. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MAGDALENA LINGE MARTIN. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- OQUENDO MARMANEU CARMEN. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- ROYO AGUSTIN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MATEO ABAD ANA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La unidad funcional interdisciplinar de ámbito hospitalario que se encarga de identificar a los individuos frágiles y/o situación de riesgo de dependencia funcional, de valorar sus necesidades sanitarias y sociales de forma integral y de indicar y tramitar el recurso asistencial más adecuado para cada caso en nuestra Comunidad recibe el nombre de Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) y constituye un recurso transversal dentro del Sistema de Salud que presta su colaboración a los profesionales de todos los niveles asistenciales, siendo responsable de la valoración integral y gestión intrahospitalaria de la población diana y de facilitar la coordinación y continuación de los cuidados de esta población una vez dada de alta.

Los cuidadores de pacientes intervenidos de cirugía de cadera y rodilla la mayor parte de las veces desconocen cómo movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus familiares. Dicha circunstancia complica la evolución de estos pacientes y es causa de estancias prolongadas hospitalarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Mejorar la atención del proceso de cadera realizando un seguimiento por parte de Traumatólogos y geriatras en consultas externas de Orto geriatria al mes de la intervención de fractura de cadera, a los 3 meses, a los 6 y al año.

• Objetivos secundarios:

- o Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización mediante la explicación de ejercicios domiciliarios y la valoración funcional en el tiempo de un año.
- o Aumentar la implicación de los familiares y de los médicos en el proceso de fractura de cadera.
- o Realizar una prevención primaria y secundaria de los posibles síndrome geriátricos que acaecerán en estos pacientes
- o Realizar un seguimiento personal en el proceso de recuperación funcional de fractura de cadera
- o Facilitar la comunicación y agilizar el proceso activo entre médicos de distintas especialidades y el paciente y su familia.
- o Valorar de manera conjunta la globalidad del paciente y sus patologías por ambos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Valoración por parte de la UVSS (compuesta por geriatras y enfermera de geriatría) al paciente ingresado por presentar fractura de cadera:

1. Valoración geriátrica integral al ingreso del paciente
 2. Tratamiento activo previo a la intervención quirúrgica
 3. Seguimiento diario del paciente durante su estancia hospitalaria
 4. Búsqueda activa de su lugar de rehabilitación al alta
 5. Valoración de síndromes geriátricos
 6. Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes.
 7. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatría.
- Realizar una revisión durante el primer mes tras fractura de cadera :
 1. Realización de radiografía de cadera en posición antero-posterior y axial y observación posterior por ambos especialistas
 2. Realización de analítica previa si fuera necesaria para control de anemia postquirúrgica
 3. Revisión de complicaciones postquirúrgicas tanto en herida como en extremidad
 4. Revisión de complicaciones médicas tras la cirugía
 - Realización a los 3 meses del paciente intervenido de fractura de cadera por parte de Traumatología:
 1. Nueva radiografía de cadera para valorar consolidación de la herida quirúrgica
 2. Rellenar los datos para el registro nacional de fractura de cadera
 3. Valoración complicaciones postquirúrgicas
 - Revisión a los 6 meses y al año por parte de los servicios de Traumatología y Geriatría para reevaluación del paciente:
 - 4. Estudio, seguimiento y tratamiento de factores de riesgo implicados en el proceso de fractura de cadera como osteoporosis, desnutrición calórico-proteica y sedentarismo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0966 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRIA: REVISION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Traumatología y que en el informe de alta aparece su cita al mes de Orto geriatria

Nº total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera

Estándar: superior o igual al 80%

INDICADOR 2

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Traumatología con tratamiento para la osteoporosis

Numero total de pacientes ingresados en la planta de Trauma con cirugía de cadera

Estándar: Superior o igual al 80%

INDICADOR 3

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría a los 6 meses (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos a los 6 meses tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

INDICADOR 4

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría al año (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos al año tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones organizativas, Organización de citas, Realización de la consulta mes a mes, Explicación de ejercicios con entrega de tríptico, Valoración geriátrica integral, Comunicación con Servicios de Rehabilitación y Atención Primaria, Recogida de datos para realización de indicadores, Redacción de los resultados: 1 año a tiempo completo cada uno de ellos

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1320 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD ABAD FERRANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMON BUJ MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· MANSILLA ARRAZOLA MARIA JESUS. TER. CSS SAN JOSE. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· CASAS JIMENEZ YARA. TER. CSS SAN JOSE. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· ALVAREZ GONZALEZ LAURA. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· CLAVERIA ORTEGA ROSA MARIA. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· YANEZ PEREIRA MANUELA. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· PUYUELO AVENTIN MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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).

El Programa dispone de dos Unidades fijas (Zaragoza - Huesca) y tres unidades móviles (Zaragoza-Huesca- Teruel) provistas de mamógrafo que se desplazan a todas las cabeceras de Zona de Salud de Aragón que 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1320 (Contrato Programa)

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

9. RECURSOS NECESARIOS.

Buzones o urnas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención Precoz Cáncer Mama
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0091 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A HIMENOPTEROS EN EL AREA DE TERUEL

2. RESPONSABLE MACARENA QUINTANA MARTINEZ VARA DE REY

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alergia a veneno de himenópteros es una patología de riesgo vital que posee un tratamiento con inmunoterapia altamente eficaz.

Se conocen los himenópteros que la producen y tenemos extractos tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. Nunca se ha realizado un estudio específico en el área de Teruel para conocer la sensibilización a himenópteros de la zona

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar mediante recogida en una ficha todos los datos relevante, tipo de himenóptero implicado, reacción, tratamientos utilizados, inmunoterapia, repicaduras, actividades de riesgo.....

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recogida de datos, análisis de la situación, conocer mejor el área en el que trabajamos y difundir esta patología su gravedad, su afectación a la calidad de vida y su tratamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recoger todos los datos en el primer semestre del año, nos basaremos en las guías clínicas para recoger las mediciones de las pruebas, clasificar la gravedad de las reacciones y la afectación de la calidad de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Recogida de datos durante el primer semestre y análisis en el segundo semestre

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alergia a himenópteros
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
• Profesión QUIMICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
• FERNANDEZ LANDAZURI SARA. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
• ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. QUIMICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
• MUÑOZ DOMINGO ARANTXA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
• SANLLEHI VILA NURIA. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
• VALERO ADAN ADELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
• TORNER BELLIDO ANA BELEN. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Teniendo en cuenta que la toma de decisiones en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), basada exclusivamente en síntomas clínicos, puede conducir a errores graves; y que las técnicas de imagen, aunque proporcionan información valiosa sobre la gravedad, extensión de las lesiones y complicaciones, son caras, invasivas y de disponibilidad limitada, es de gran interés disponer de herramientas sencillas y no invasivas con las que monitorizar la actividad de la EII e identificar la presencia de lesiones, como p. ej. la calprotectina fecal (CF).

La CF es una proteína, muy abundante en neutrófilos, cuya concentración es directamente proporcional a la presencia de estos en la luz intestinal.

La CF es útil en el diagnóstico de la EII, en la detección de actividad inflamatoria intestinal e incluso en establecer distintos grados de actividad, en la monitorización de la respuesta al tratamiento, como marcador pronóstico de evolución y de recidiva de la enfermedad, y en la identificación de la curación de la mucosa. Por tanto, su elevada precisión para detectar actividad o remisión endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con EII, ayudándonos a tomar decisiones con seguridad sin necesidad de realizar pruebas más caras o invasivas.

Existen múltiples ensayos disponibles para la determinación de la CF:

1. Test inmunocromatográficos (POCT) que proporcionan un resultado en pocos minutos y no precisan de un laboratorio clínico.
 2. Test que requieren de un laboratorio (ELISA, PETIA, FEIA y CLIA) que proporcionan resultados con un rango más amplio, más económicos y de precisión diagnóstica mejor contrastada.
- El tiempo de respuesta del ensayo CF en los laboratorios clínicos puede ser de una a dos semanas, lo que dificulta la respuesta rápida del tratamiento ante una recidiva y aumenta el riesgo de deterioro clínico antes de que comience el tratamiento, lo que disminuye la utilidad clínica de los resultados del laboratorio y por tanto conlleva un gasto adicional. Además, en niños el diagnóstico temprano de EII es incluso de mayor trascendencia, ya que esta puede afectar al crecimiento y a la maduración sexual.
- El grupo de trabajo sobre la CF del Chief Scientific Officer's (CSO) considera que el tiempo de respuesta del ensayo CF no debería ser superior a 3 días. De hecho, los laboratorios clínicos del National Health Service (NHS) en Inglaterra que determinan CF deben estar acreditados por UKAS según ISO 15189, proporcionando un tiempo de respuesta de no más de 3 días.

Desde el servicio de Digestivo nos comunicaron su interés en reducir el tiempo de respuesta del ensayo CF. Por tanto, calculamos dicho tiempo y resulto ser de 6 días.

Actualmente, las muestras de heces con petición de CF se envían a Reference Laboratory. Por tanto, el análisis de la CF en nuestro laboratorio podría dejar el tiempo de respuesta en menos de 3 días tal y como recomienda el CSO. Esto supondría una disminución de las colonoscopias innecesarias, un inicio del tratamiento sin retraso (mejorando así la calidad del tratamiento), un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio. Además, dado el volumen de peticiones que tenemos (255 en el año 2018) esto supondría un ahorro de costes asociados al laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con este proyecto el objetivo propuesto es reducir notablemente nuestro tiempo de respuesta del ensayo CF y también reducir costes.

La población diana son pacientes de hasta 50 años de edad en los que se sospeche EII o síndrome del intestino irritable y no se sospeche cáncer colorrectal.

Este proyecto se dirige principalmente a los Servicios de Digestivo y Pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Estudio comparativo de varios métodos de análisis de CF para elegir la que mejor se adapte a nuestro medio.
2. Reuniones con el servicio de Digestivo.
3. Entrenamiento de los TEL en las fases preanalítica y analítica del test elegido.
4. Implementación del proceso.

Proyecto: 2019_0321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

5. Comunicación a los clínicos implicados.
6. Evaluación del proceso implementado y realización de los ajustes necesarios que permitan el cumplimiento de los objetivos.
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tiempo de demora medio del ensayo CF. Estándar mínimo: = 3 días. Estándar óptimo: < 2 días.
Precio por determinación. Estándar mínimo: reducción del gasto. Estándar óptimo: reducción del precio por determinación superior al 50%.
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. El calendario previsto es el siguiente:
Febrero-Mayo 2019: Evaluación de 3 analizadores.
Junio - Agosto 2019: Evaluación de parámetros técnicos, clínicos y de costes.
Septiembre 2019: Entrenamiento de los TEL.
Octubre-Diciembre: Implementación.
Enero-Febrero 2020: Seguimiento y evaluación del proceso implementado.
9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos personales; Personal del laboratorio y del ámbito clínico.
Recursos materiales; Analizadores, SIL y otros programas disponibles en el laboratorio.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0918 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACION DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

2. RESPONSABLE SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO ADAN ADELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MUÑOZ DOMINGO ARANTXA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. BIOQUIMICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· SANLLEHI VILA NURIA. BIOQUIMICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· RAMOS VICENTE NOEMI. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El concepto de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) se define como un síndrome generalizado caracterizado por la presencia de signos y síntomas clínicos de inflamación como: temperatura corporal anormal, taquicardia, hiperventilación y leucocitosis o leucopenia, con independencia de su causa, mientras que la sepsis se trata de una respuesta inflamatoria sistémica a un estímulo infeccioso. Es decir, cuando el SRIS está presente y la infección bacteriana está probada o sospechada, el diagnóstico es de sepsis.

No es sencillo establecer la causa del SRIS. El desarrollo de marcadores bioquímicos de inflamación como la proteína-C-reactiva (PCR), la interleuquina-6 (IL-6) y la procalcitonina (PCT) ha permitido diferenciar mejor ambos procesos; por lo que ya desde el 2001 en la Conferencia Internacional de Definición de Sepsis se abordó la redefinición de SRIS y sepsis, con la recomendación de estratificar a los pacientes no sólo en función de la clínica, sino también atendiendo a marcadores bioquímicos como PCR, IL-6 y PCT, independientemente de los resultados de estudios microbiológicos.

A pesar de que la PCT no es un marcador perfecto, puesto que se eleva en situaciones infecciosas, se ha postulado la procalcitonina como un marcador de gran utilidad en SRIS, infección y sepsis.

En nuestro laboratorio se implementó la determinación de PCT en el Laboratorio de Urgencias en Junio del 2017, anteriormente esta determinación se realizaba de rutina, en horario de mañana de lunes a viernes. Desde esta fecha ha incrementado exponencialmente la demanda de dicho marcador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Es estudiar la demanda de PCT y elaborar de una forma multidisciplinar pautas de petición. Los objetivos secundarios son:

Analizar la situación de petición en nuestro centro.

Ajustar de forma eficiente la demanda.

Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados.

Este proyecto se dirige a servicios peticionarios: Urgencias, UCI, Cirugía, Medicina Interna, Nefrología y Neumología.

La población diana son los pacientes con sospecha de sepsis o SRIS atendidos por estos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Analizar la situación de petición de PCT en nuestro centro.

Analizar la petición: número de petición, servicios peticionarios, intervalo de seriación, número de peticiones/pacientes, tipo de pacientes atendidos, tiempos de respuesta, diagnóstico o juicio clínicos.

Estudiar junto con otros marcadores bioquímicos y hematológicos solicitados ante sospecha de sepsis (PCR o hemograma)

2. Ajustar de forma eficiente la demanda.

Valorar si existen patrones de petición no adecuados.

Valorar si se puede limitar la demanda a servicios o estamentos (residentes)

Analizar el coste real de la determinación.

3. Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados a través de las siguientes acciones:

Reunir con los Servicios implicados para explicar la situación actual y fijar los objetivos entre todas las partes implicadas si se detectan posibles áreas de mejora.

Elaboración, de forma multidisciplinar, de un protocolo de actuación fijando la utilidad y las recomendaciones para la medición de PCT en el laboratorio clínico.

Comunicación de posibles cambios realizados.

Evaluación del proceso de implementación para detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0918 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACION DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

Indicadores:

- N° petición/Servicio
- N° petición PCT/PCR
- N° petición PCR/Hemograma
- N° Petición PCR/Sospecha Sepsis
- Coste real de la determinación

Se evaluará el grado de adherencia al protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de unos 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2019: Estudio bibliográfico y recomendaciones actuales de la solicitud y análisis de PCT.

Abril- Junio 2019: Análisis estadístico de las determinaciones de PCT realizadas en el año natural 2018.

Julio- Noviembre 2019: Evaluación del protocolo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora.

Introducción de adaptaciones y comunicación de la nueva forma de proceder.

Diciembre 2019: Elaboración de la memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recurso materiales: Autoanalizador cobas e411 (Roche Diagnostics): reactivos, calibradores, controles y suministros necesarios para la determinación de PCT.

Recursos personales; Personal de enfermería, técnico y facultativo del laboratorio y clínico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1334 (Acuerdos de Gestión)

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

2. RESPONSABLE ADELA VALERO ADAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· CERCOS GRAU BENJAMIN. INGENIERO TECNICO. H OBISPO POLANCO. MANTENIMIENTO
· BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· YAGÜE IBAÑEZ ESMERALDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· GARCIA MARCO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En estos momentos las extracciones sanguíneas en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco (H.O.P) se realizan a demanda, sin cita previa, tanto a los pacientes de consultas externas como aquellos cuyas peticiones tienen pruebas especiales que deben ser remitidas a hospitales de referencia de nuestra comunidad autónoma como fuera de ella. La sala de espera de extracciones y recepción de muestras del Servicio del H.O.P está compuesta con un solo puesto administrativo para la introducción de las peticiones en el Sistema Informático del Laboratorio (S.I.L). El mobiliario con el que se cuenta además de necesitar una modernización es incómodo y poco práctico, ocupa mucho espacio. Al no contar con un gestor de filas, los pacientes deben realizar dos filas de espera (no se sientan) una para la ventanilla administrativa y otra para las extracciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto de mejora es dar a los usuarios de la sala de espera/extracciones una mayor comodidad y organización en su estancia/espera

Objetivos secundarios:

- A) Dinamizar la zona/área administrativa (Creación de un nuevo puesto)
- b) Favorecer un orden adecuado en el área de extracciones (Control de fila) permitiendo una mayor confidencialidad
- c) Remodelación y adecuación de la sala de espera (puntos informáticos, nueva ventanilla, iluminación, escayolas y cristal de separación.)

La población diana son todos los pacientes a los que se realiza la extracción en consultas externas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.Reunion multidisciplinar: Laboratorio, informática, mantenimiento para visualizar la situación actual
- 2.Estudio de los espacios físicos, iluminación, mobiliario.
3. Posibilidades reales de intervención.
- 4.Valorar Coste-efectividad de las acciones
- 5.Cronograma.Calendario de las diferentes etapas del proceso, funciones y responsabilidades del equipo
- 6.Evaluar la ejecución del proceso de adecuación y detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuesta de satisfacción de los usuarios de la sala de espera y extracciones 2019
- Comparación con la encuesta del año 2018
- Encuesta de satisfacción de personal del Servicio de Análisis Clínicos: administrativos, enfermeros, auxiliares y celador

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de 10-12 meses.

Abril - Noviembre 2019:

Informática

- Colocación de tomas de red y certificación de las conexiones.
- Puesta en marcha de un PC (W10, Modulab, etc)
- Instalación y configuración de impresora de etiquetas.
- Comprobación del correcto funcionamiento del sistema.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1334 (Acuerdos de Gestión)**

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Mantenimiento

- Sustitución y nueva ubicación de iluminación
- Diseño de mostrador de atención al público
- Instalación cámara de video vigilancia
- Instalación de sistema pasa turnos
- Aislamiento zona de obras

Laboratorio

- Organización del personal para el correcto funcionamiento del nuevo sistema
- Participación activa en el diseño de mostrador, iluminación y digitalización del control de filas
- Información a los pacientes de la correcta utilización del nuevo sistema
- Elaboración de las encuestas de satisfacción
- Evaluación de dichas encuestas

Noviembre-Diciembre 2019: Elaboración de la memoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos materiales: Ordenador, mostrador, control filas digitalizado, mobiliario
- Recursos humanos: Informáticos, Mantenimiento, y Administrativos, Enfermería, Facultativos del Servicio de Análisis Clínicos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población atendida en la sala de extracciones
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE SARA ALEGRE SORIANO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• HERMOSILLA ROBLES CRISTINA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• ALONSO PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• PEREZ ABRIL CONCHA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• TOLOS MARIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• MARTIN MARTIN ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• CAMPILLO DOBON EVA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
• LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En enero del 2007, la Organización Mundial de la Salud lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa, denominada "Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas", tiene como objetivo reconocer ciertas normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal, en todos los países y entornos.

Los listados de verificación (checklists) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto en la correcta ejecución de determinadas actividades como en la prevención de errores debido a que sirven para sistematizar las acciones y además son un recordatorio de las mismas.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación, está basada en pruebas clínicas, opiniones de expertos y la experiencia de los equipos quirúrgicos, por lo que se reduce la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable.

Cumplir con estas premisas hace necesario, establecer los pasos y medidas que mejoren la seguridad de los pacientes en el bloque quirúrgico del Hospital Obispo Polanco.

Pretendemos llevar a la práctica una lista de verificación efectiva, ya que su intento de implantación con anterioridad, no obtuvo el éxito deseado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Creación de una subcomisión de quirófano, formada por ocho enfermeras, que identifiquen, analicen y corrijan la causa de los problemas, que dificultaban llevar a cabo dicha lista de verificación.
- Implantación de una herramienta efectiva, que nos permita incrementar la seguridad en el quirófano, evitar problema comunes, letales y evitables, así como reducir el número de intervenciones suspendidas.
- Favorecer el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales, normalizando su uso en principio en enfermería y demostrando su efectividad al resto del equipo interdisciplinar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación y composición de una subcomisión quirúrgica, cuyo cometido será:
 - Identificar problemas y establecer medidas para su resolución.
 - Elaborar la lista de verificación y establecer su implantación .
 - Formar a los profesionales del bloque quirúrgico, en cuanto a la sistemática de la realización así como su registro.
 - Enseñar los beneficios de su aplicación y motivar al resto del personal.
 - Adecuar la actual hoja de registro de valoración de enfermería, incluyendo ítems de listado de verificación consiguiendo una doble comprobación y facilitando el registro de forma sencilla y eficaz.
 - Formar al personal del bloque quirúrgico en la nueva hoja de valoración de enfermería
 - Revisar la dotación de material necesario.
 - Solicitar los permisos necesarios a la dirección de Enfermería del Hospital para el manejo informático del listado de verificación de enfermería, creando un registro que permita el uso adecuado de los datos, conservando la privacidad del paciente .
 - Iniciar su aplicación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- ?- Medición del número de verificaciones registrados/total de intervenciones realizadas.
- ?- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- ?- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- ?- Encuesta de satisfacción del personal implicado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El tiempo para la planificación de este proyecto es de un año.

Proyecto: 2019_0003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

La subcomisión del bloque quirúrgico se creó en diciembre de 2017. Durante el primer cuatrimestre de 2018, se identificaron los problemas relacionados con la anterior implantación y se pusieron en marcha medidas para su resolución. Durante el segundo cuatrimestre se creó el listado de verificación de seguridad de enfermería como una solución a los problemas detectados, así como su diseño y la toma de decisión de adecuar la hoja de valoración de enfermería. En el tercer cuatrimestre se modifica la hoja de valoración de enfermería, con la inclusión de los ítems del listado de verificación de seguridad. Se solicitan los permisos necesarios para el registro y tratamiento de los datos a nivel informático. En el primer cuatrimestre de 2019 se imparte la formación al personal de enfermería y se implanta el listado de verificación, así como las mejoras realizadas en la hoja de valoración enfermera. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación. Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dos portátiles para iniciar el check list en la acogida quirúrgica del paciente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Intervenciones Quirúrgicas Programadas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOQUEOS ANALGESICOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR POR ECOGRAFIA

2. RESPONSABLE FERNANDO MURCIANO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CONESA MARIN VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Mejora en la asistencia de la unidad del dolor del Hospital Obispo Polanco. Al realizar los bloqueos analgésicos con ecografía, se mejora en la seguridad y en la calidad de los mismos.

La localización de las estructuras anatómicas, con ecografía, disminuye la incidencia de complicaciones graves y permite la administración en lugares específicos de la medicación, disminuyendo la dosis máxima necesaria para reducir los efectos secundarios de la misma.

Se realizan múltiples bloqueos analgésicos en nuestra unidad, siendo la gran mayoría subsidiarios de mejorar con la ecografía.

El principal recurso empleado es el ecógrafo del servicio de Anestesiología y Reanimación.

Desde mi llegada, todos los bloqueos analgésicos de la unidad del Dolor, son realizados con ecografía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son todos los pacientes de la unidad del dolor (subsidiarios de bloque analgésico) que pueden beneficiarse de la ecografía.

Bloqueos analgésicos realizados por la unidad del dolor, que pueden mejorar son prácticamente todos en los que no haya una estructura ósea que impida la visualización correcta del abordaje mediante aguja (por ejemplo, bloqueo cuadrado lumbar, facetario, supraespinoso, subacromial, plexo cervical superficial, puntos trigger...)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Desde nuestra llegada a la unidad, todos los pacientes recibirán los bloqueos analgésicos guiados por ecografía, en vez de por referencia anatómica como venía siendo habitual.

A los pacientes se les informa en la consulta de la unidad del dolor, que estas intervenciones se harán mediante ecografía, explicándoles mediante el consentimiento informado que se trata de una técnica inocua y que mejora los resultados de calidad, reduciendo los efectos adversos.

Se hacen sesiones clínicas con los residentes que rotan por nuestra unidad, de la utilidad de la ecografía y sesiones conjuntas con el servicio de Rehabilitación para mejorar nuestros estándares de calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Programa de utilización de ecografía extensible a todos los pacientes de la unidad que vayan a recibir bloqueos analgésicos. Registro en la memoria de la unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ecógrafo del servicio de Anestesiología y Reanimación

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION E IMPLANTACION DE FICHA DE MODIFICACION/RETIRADA DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN PACIENTE PERIOPERATORIO, EN EL AMBITO DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE REBECA ALONSO SALAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- UNGRIA MURILLO JULIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- TENA GALINDO PATRICIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- GUILLEN GARCIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la consulta de preanestesia, el anestesiólogo tiene como uno de sus objetivos principales la optimización del paciente quirúrgico y la llegada del mismo a la cirugía en las mejores condiciones. En nuestro medio, debido en gran parte al envejecimiento de la población, y a la asociación de múltiples patologías en un mismo paciente, es cada vez más frecuente encontrarnos con pacientes en tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes. En nuestra consulta se explica al paciente la pauta a seguir con este tipo de fármacos, atendiendo al riesgo hemorrágico inherente a la cirugía, y al riesgo trombótico correspondiente de su enfermedad. Se han detectado dos problemas al respecto. El primero es, que no existe uniformidad en los criterios de retirada de estos fármacos, y el segundo es que en ocasiones la información que se le da al paciente es en muchos casos insuficiente, pudiendo producirse olvidos. En las situaciones más extremas puede existir un mal manejo perioperatorio, que llegue incluso a obligar a la suspensión de la cirugía. De este modo el proyecto consistiría en la unificación de criterios de manejo de antiagregantes y anticoagulantes en el paciente quirúrgico y la preparación de una ficha para el paciente con las instrucciones oportunas de modificación y/o retirada de sus fármacos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se espera que todos los pacientes comprendan la gran importancia del correcto manejo de los antiagregantes y anticoagulantes, y realicen las modificaciones necesarias en su tratamiento para llegar al momento de la cirugía en las mejores condiciones. Por tanto la población diana serán los pacientes perioperatorios valorados en la consulta de preanestesia, en tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes. Así mismo se intentará unificar criterios para que todos los facultativos del equipo de anestesiología tengamos la misma actitud con respecto a la modificación de estos fármacos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión de bibliografía y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas con respecto a la modificación de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes en el ámbito perioperatorio. Realización de monográficos informativos, tales con dípticos o trípticos con información clara, concisa y en términos sencillos para ofrecer al paciente y apoyada por la información verbal que se da en la consulta. Realización de ficha de modificación o retirada en la que se darán las instrucciones del comportamiento que deberá seguir el paciente con respecto al fármaco. Reuniones cada dos meses para evaluación periódica del proyecto y mejoras o modificaciones propuestas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tasa de cumplimiento: comprobación de que el paciente ha seguido las instrucciones correctamente.
- Tasa de morbilidad asociada: eventos asociados a la modificación del tratamiento.
- Grado de dificultad durante el proceso.
- Grado de satisfacción del paciente.

Se obtendrán a través de cuestionarios que tendrá que rellenar el paciente el día de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de implantación del proyecto en Junio de 2019 y fecha prevista de finalización Junio de 2020. Reuniones cada dos meses para reevaluar los aspectos que se consideren.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del personal del servicio de anestesia y reanimación. Colaboración del servicio de enfermería de anestesia. No son necesarios recursos económicos adicionales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION E IMPLANTACION DE FICHA DE MODIFICACION/RETIRADA DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN PACIENTE PERIOPERATORIO, EN EL AMBITO DE LA CONSULTA DE PREAMNESTESIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente perioperatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRADUCCION AL ARABE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO

2. RESPONSABLE JULIA UNGRIA MURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· TENA GALINDO PATRICIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARROTE MATA ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANCHEZ IBAÑEZ OLGA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NINA COLQUE NAYRA LUPE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el año 2018 hubo un total de 478 nacimientos en el Hospital Obispo Polanco de los cuales cinco partos fueron gemelares. Entre las 473 mujeres que dieron a luz 69 de ellas fueron marroquíes (15% del total), 3 mujeres eran de Pakistán, hubo una mujer subsahariana y las demás extranjeras eran sudamericanas y rumanas. El 100% de las mujeres sudamericanas y rumanas hablaban español, el resto de extranjeras un 70% no lo hablaba o tenía dificultad. Partiendo de esta estadística, nos encontramos que la mayoría de las mujeres marroquíes no quieren analgesia epidural en el trabajo de parto. Desconocemos si es porque no comprenden en qué consiste la técnica y los beneficios que puede aportar en determinadas circunstancias o simplemente no quieren realizársela. Vemos de gran importancia que un paciente antes de aceptar o rechazar una técnica que le puede traer beneficios tanto de confort como médicos la comprenda perfectamente. Por ello creemos que sería interesante la traducción del consentimiento informado pueda aportar calidad asistencia en estos casos que cada vez son más frecuentes en el Hospital Obispo Polanco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejor comprensión por parte de las mujeres marroquíes del consentimiento de la analgesia/anestesia epidural para poder tomar una decisión tras comprender la técnica y que dichas mujeres puedan beneficiarse de la analgesia durante el parto. Además poder hacerles entender que en dichas situaciones tener puesta la epidural es recomendable para evitar una anestesia general, que en principio no es la técnica de primera elección ya que tiene más riesgos en la mujer embarazada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Este proyecto se va a llevar a cabo entre los servicios de anestesia, matronas y las enfermeras de anestesia. Va a haber una persona responsable de cada uno de estos grupos que se va a responsabilizar de que funcione correctamente el proyecto. Se dará un consentimiento en árabe a las mujeres marroquíes que pasen por la consulta de anestesia y a las que no pasen por la consulta se les dará en los paritorios. Tras entregar el consentimiento haremos unas breves preguntas de forma oral para ver si eso les ha servido de ayuda y si han comprendido la información (nos apoyaremos en los acompañantes para hacer esta breve encuesta en los casos que no hablen nada de castellano). Se hará una reunión con los componentes de grupo de mejora cada 4 meses para ver cómo está yendo el proyecto y si hay algo que hubiera que modificar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de mujeres gestantes marroquíes que hablan castellano.
Porcentaje de mujeres que se les entrega el consentimiento traducido y satisfacción de las mismas.
Número de mujeres que solicitan analgesia epidural durante el parto y compararlo con el porcentaje de mujeres que la solicitaron en 2018.
Quedará reflejado en la hoja de anestesia de cada paciente si el consentimiento traducido ha servido para mejorar la comprensión y la satisfacción de la mujer. Tras cumplir el año en el que funcionará este proyecto queremos ver si la estadística de partos y de mujeres que quieren analgesia epidural de origen marroquí se modifica con respecto a las del año anterior o al contrario no es así.
Se añadirán más indicadores conforme obtengamos resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de implantación del proyecto junio de 2019 y fecha prevista de finalización junio de 2020. Reuniones cada 4 meses para evaluar y/o modificar algunos aspectos que se consideren tras la implantación (Octubre 2019-febrero 2020-Junio 2020)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Contamos con la colaboración voluntaria de una persona de etnia marroquí que escribe y habla perfectamente castellano al igual que el árabe. Colaboración del Personal sanitario del servicio de anestesia, el servicio de matronas y enfermería de anestesia.

Proyecto: 2019_1432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRADUCCION AL ARABE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO

No se precisan recursos económicos y este proyecto aumentará la calidad de la asistencia en el hospital sin aumentar costes.

10. OBSERVACIONES.

Si hace falta mas información en algún apartado rogamos se nos solicite.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0733 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL REGISTRO DE LA RECEPCION Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

2. RESPONSABLE EVA CAMPILLO DOBON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALEGRE SORIANO SARA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· CORTES GIMENEZ MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION
· PEREZ SANCHEZ INMACULADA. TCAE. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION
· CORONAS GOMEZ VICENTA MERCEDES. TCAE. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION
· MERCADAL DOMINGO ANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION
· MARQUES ESTEBAN MARIA CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En este momento el material quirúrgico no se registra por especialidades cuando sale ni entra del bloque quirúrgico, por lo que nunca se puede seguir la trazabilidad de dicho material.

El registro exhaustivo de la entrada y salida del material por especialidades quirúrgicas permitirá una correcta trazabilidad del material, evitando la pérdida accidental, además de un mayor conocimiento del material al marcado según código de colores por especialidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Conseguir una correcta trazabilidad del material, sobre todo en el bloque quirúrgico.
-Evitar la pérdida accidental de material por falta de registro.
-Reconocer la especialidad a la que pertenece cada material según código de colores establecido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Implantar hoja de registro de material en el bloque quirúrgico.
-Utilizar cestas de recepción y distribución de material marcadas por especialidades.
-Marcar el material suelto según código de colores establecido entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-% de contenedores no registrados correctamente :
Numerador: N° de contenedores no registrados correctamente
Denominador: N° total de contenedores que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 10%

-% de material suelto no registrado correctamente :
Numerador: N° de material suelto no registrado correctamente
Denominador: N° total de material suelto que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 15%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La fecha de inicio prevista para todas las actividades es el 01/04/2019 y será responsabilidad de todos los miembros del proyecto llevar a cabo su implantación.

Se recogerán datos de forma mensual para la evaluación del proyecto.

La duración del proyecto será durante un año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Cestas para la recogida y distribución del material.
-Rotuladores para marcar los paquetes según código de colores establecido.
-Impresora y cintas termorresistentes para correcto marcaje de los contenedores.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0733 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL REGISTRO DE LA RECEPCION Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las Intervenciones quirúrgicas.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0899 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

2. RESPONSABLE MARIA JOSE VILLAMON NEVOT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OREA CASTELLANO ENRIQUE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
· CONEJOS JERICO LAURA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTIN HERNANDEZ CLARA. ENFERMERO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). GERIATRIA
· MENDEZ MUNOZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· RICO ZAPARA MELANI. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCI
· LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· GATO LEON MANUEL JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La información al paciente y la familia sobre los cuidados tras el implante y la adquisición de conocimientos es un punto clave para integrar los cambios a su vida diaria y fomentar el autocuidado. En los últimos años, han sucedido diferentes mejoras en los dispositivos, por lo que las recomendaciones actuales deberían incorporar estas mejoras. En este sentido, vemos la necesidad de actualizar estas recomendaciones y presentarlas al paciente y la familia en un formato que les resulte más atractivo visualmente y con un lenguaje adaptado a los pacientes ya que la mayoría son personas de edad avanzada con estudios primarios y que no tienen acceso a las nuevas tecnologías.

A los pacientes que se les inserta un monitor cardiaco se les presta una educación sanitaria verbal pero no se les entrega ningún documento con recomendaciones en formato papel. Vemos la necesidad de elaborar un documento que subsane esta carencia

Las intervenciones a realizar según la taxonomía enfermera NIC son: Educación para la salud, Mejorar el acceso a la información sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Enseñanza: proceso de enfermedad, Enseñanza: individual, Enseñanza: prequirúrgica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1) Facilitar y fomentar la adquisición de conocimientos a los pacientes portadores de marcapasos y monitor cardiaco insertable. 2) Prevenir complicaciones postimplante. 3) Evaluar la adecuación, la calidad de la información recibida y la satisfacción por parte del usuario.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, a los que se les realiza un recambio de generador y a los que se les implanta un monitor cardiaco

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realización de 3 dípticos que contengan las recomendaciones a: a) Pacientes a los que se les ha realizado primoimplante, b) Pacientes tras recambio de generador, c) Pacientes tras implante de monitor cardiaco.
2. Elaboración de una encuesta para los pacientes para valorar si la información del díptico es comprensible, fácil de leer y la satisfacción con la educación recibida. El fin es evaluar la realización de algún cambio en los documentos. Esta encuesta será depositada de manera anónima en unos buzones que se encontraran en el control de la planta.

3. Creación de indicadores

4. Implementación: la educación se realizará en la habitación del paciente en dos periodos: a) Día de la intervención: Por la mañana (el procedimiento se realiza por la tarde) se procederá a la explicación de los cuidados prequirúrgicos y daremos el díptico resaltando los cuidados durante las primeras 24 horas tras el implante. B) Día posterior a la intervención: Se reforzarán los contenidos del díptico, se resolverán posibles dudas y se entregará la encuesta para que sea depositada en el buzón antes de irse del hospital.

En el caso de los pacientes con monitor cardiaco insertables como su estancia hospitalaria es menor a 24 horas, la educación sanitaria se realizará antes de la intervención quirúrgica

5. Revisión de las encuestas, implementación de las posibles mejoras si es necesario.

Se prevé que sean necesarias 4 reuniones. 3 hasta la implementación de los documentos y creación de los indicadores y una última, para la evaluación del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores Proceso: Educación sanitaria en pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con recambio de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con implante de monitor cardiaco insertable. Fuente de datos: Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta. Estándar: 100%

Indicadores Resultado: Realización de encuesta, Satisfacción con la información recibida, Satisfacción con la documentación recibida. Fuente de datos: Encuestas depositadas en el buzón. Estándar: 70-80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Revisión documentación. Abril: Realización dípticos, encuesta y creación de indicadores. Mayo-noviembre: Implementación. Octubre: Evaluación encuestas y proyecto. Noviembre: Realización de mejoras si es necesario

Proyecto: 2019_0899 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, Impresora a color, 40 fotocopias en color del díptico "Recomendaciones para los pacientes portadores de marcapasos. Primoimplante" y 40 del díptico "Recomendaciones para los pacientes portadores de marcapasos. Cambio de generador". 10 Fotocopias en color del díptico "Recomendaciones para pacientes con monitor cardiaco insertables", 90 fotocopias en blanco y negro de la encuesta, buzón para depositar las encuestas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteración conducción cardiaca
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0920 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA Y DIGESTIVO

2. RESPONSABLE CONCEPCION IRANZO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ MORENO MARIA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PEREZ HERRERA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RODRIGUEZ VICENTE JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ROS MINGUILLON RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LOPEZ ARNAS LAURA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CERCOS CASINO MARIA DEL PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La situación actual de la planta son tres turnos de enfermería que a lo largo del tiempo se viene observando sobrecarga de trabajo en el turno de mañana y todo ello conlleva a una disminución del tiempo de dedicación a cada paciente, mermando la calidad asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad en la atención y cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la unidad de cirugía.
Disminuir la carga de trabajo de las enfermeras/os en el turno de mañana .
Mejorar el grado de satisfacción del personal de enfermería y mejorar las expectativas de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Mediante el uso de diversas herramientas, se analizará la situación de partida y se expondrán ideas (tormenta de ideas) mediante la agrupación de las mismas, uso de DAFO, análisis de fallos y efectos para elegir los problemas sobre los que actuar en primer lugar.
Realizar reuniones periódicas del grupo de trabajo según cronograma previsto.
Finalmente se incidirá en las necesidades formativas del personal, es importante que todos los profesionales sean conocedores de los cambios organizados, por ello se llevarán a cabo sesiones de enfermería en la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de satisfacción del personal implicado sobre los resultados obtenidos.
Conseguir un mínimo de asistencia del personal implicado en el proyecto-80%.
Conocimientos de la nueva dinámica de trabajo por todos los profesionales.
Sesiones de enfermería informativas al menos cada dos meses.
Disminuir el número de quejas en atención al paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista para la implementación de este proyecto será de un año.
Sesiones formativas al personal implicado antes de la implementación.
A lo largo del segundo semestre se comenzará la implantación del proyecto durante dos meses y después se evalúan resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos y materiales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en el servicio de cirugía general y digestivo
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1002 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA COLO-RECTAL

2. RESPONSABLE DIEGO FERNANDEZ PERA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• MORENO MUZAS CELIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
• MURCIANO GARCIA FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
• FUERTES MUÑOZ MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• DOMINGO LIZAMA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La aplicación de programas de rehabilitación multimodal en cirugía mayor, buscan optimizar la recuperación postoperatoria. Requieren una colaboración multidisciplinar y consisten en la adopción de medidas para optimización preoperatoria del paciente, perioperatorias y postoperatorias, generales, y específicas por procedimiento, plasmadas en protocolos

Ha demostrado una mejora significativa de la calidad de vida del paciente y de resultados clínicos en cuanto a complicaciones postoperatorias y logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria. En este sentido, se editó en 2015 por el Ministerio de Sanidad y el IACS, la Vía Clínica de Recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA).

El presente proyecto nace ante una necesidad de optimización preoperatoria del paciente, ante una población envejecida y con comorbilidades, alteraciones nutricionales, anemia, etc previos a la cirugía y que condicionan la morbilidad postoperatoria y una mayor estancia hospitalaria. En muchos casos no detectadas y subsanadas preoperatoriamente, lo que justifica la necesidad del proyecto.

Asimismo, se observa una necesidad de homogeneizar y actualizar el manejo peri y postoperatorio del paciente. Entre otros, basados en las recomendaciones de la Vía RICA:

Evaluación del estado nutricional, anemia, menor ayuno preoperatorio, menor uso de SNG y drenajes, alimentación y movilización precoces, fisioterapia respiratoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Población diana: Pacientes con neoplasia colorrectal sometidos a cirugía mayor electiva: Se trata de una población con alta prevalencia de anemia, desnutrición y comorbilidades, edad avanzada, además de una incidencia de la patología y de morbilidad postoperatoria suficientes para obtener significación clínica y estadística. De entre ellos, criterios de inclusión adaptados de la Vía Clínica

Objetivos:

Implantación de protocolos de prehabilitación y rehabilitación multimodal basados en la Vía RICA

Mayor implicación del paciente en el proceso

Formación del personal implicado en el proceso

Disminución de morbilidad postoperatoria y estancia hospitalaria mediante (entre otros):

- Detección y tratamiento de factores de riesgo operatorio
- Disminución o retirada más precoz de sonda nasogástrica, urinaria y drenajes.
- Reinicio precoz de tolerancia oral y movilización.

Servir de base para proyectos posteriores que apliquen dichos protocolos a otras intervenciones de cirugía mayor abdominal o de otras localizaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reunión de representantes de los servicios implicados con periodicidad mensual o bimensual según la fase.
- Creación de protocolos para las intervenciones de cirugía colorrectal
- Organización de medidas para detección de riesgo de desnutrición, anemia, descompensación de patología de base y tratamiento. Recomendación de ejercicio para el paciente.
- Entrega al paciente de información sobre el procedimiento
- Entrega de inspirómetro incentivado en preoperatorio
- Sesiones informativas para facultativos y personal de enfermería. Posibilidad de jornadas científicas.
- Recogida prospectiva de datos y comparación con el periodo previo
- Valoración de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Estancia media pacientes de neoplasia colorrectal (datos del servicio de codificación de enero 2017 a junio 2018): 11,92 días (Incluye casos urgentes)

Estancia mínima teórica tras cirugía colorrectal electiva según protocolos del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal: 4 días.

Proyecto: 2019_1002 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA COLO-RECTAL

- Índice de aplicación de los principales items del protocolo.
 - Variaciones significativas de morbilidad mayor y mortalidad. (Comparación de indicadores entre el periodo de aplicación y periodo equivalente previo.)
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Redacción de los protocolos durante los primeros 2 meses aprox.
 2. Presentación del protocolo
 3. Jornada formativa para el personal hospitalario
 4. Distribución del material necesario (Copias del protocolo, información para el paciente, incentivos respiratorios): Tras la redacción y aprobación del protocolo.
 5. Aplicación del protocolo a la población con recogida de datos. Periodo de al menos 6 meses desde redacción y aprobación del protocolo.
 6. Tras duración total aproximada de 1 año, valoración de los indicadores y comparación con el periodo previo
 7. Presentación de la memoria
9. RECURSOS NECESARIOS.
- Copias en papel de recomendaciones de ejercicio para pacientes
Copias en papel de información al paciente, sobre medidas del protocolo de rehabilitación multimodal.
Copias en papel de fichas de cumplimiento de los items contemplados en el protocolo, para recogida posterior de datos para la memoria.
10. OBSERVACIONES.
- Tras su implantación para el proceso elegido en este proyecto se pueden realizar protocolos para otros procesos de cirugía mayor del mismo o diferentes servicios quirúrgicos.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ALAMAN MAICAS ESMERALDA. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- HERNANDEZ LOPEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- RUEDA RUEDA EVA. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CONCEPCION ESTEBAN SILVESTRE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ROYO AGUSTIN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- La alarma generada tras el cambio del personal sanitario durante los meses estivales, propició por parte del personal de enfermería, celadores y auxiliares de la planta de Traumatología, la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a los pacientes intervenidos de fractura de cadera.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes, vías periféricas...
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una segunda intervención quirúrgica.
- La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.
- Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-OBJETIVO PRINCIPAL:

-Disminuir la variabilidad clínica, con el fin de unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

MÉTODO:

-Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar.

ACTIVIDADES:

- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
 - Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes. Se realizará un registro de los docentes y asistentes para conseguir acreditación CFO (créditos de formación continuada) a través de la comisión de docencia del hospital. Para conseguir un standard cercano al 100%.
 - Supervisión de "como" se debe realizar la movilización de los pacientes intervenidos. Los primeros tres días, se tutelará al personal nuevo para aplicar la parte práctica de las clases teóricas.
- Los responsables de la impartición de estas clases teórico-PRÁCTICAS serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería y personal de auxiliares de la planta de traumatología y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
 - Se realizará un registro del número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta (p.e: pérdida de vacío del redón, extravasación de vías periféricas, extravasación de sonda urinaria, pérdida de esterilidad de herida quirúrgica...
- Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas por este motivo. (Valor

Proyecto: 2019_0309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

objetivo a alcanzar <10 complicaciones en un año).

- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos.

La primera clase se impartirá en el mes de Junio de 2019 con el fin de poder formar a todo personal que pueda trabajar en la planta de Traumatología durante los meses de verano.

Las siguientes clases se podrán repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.

El grupo de mejora propone conjuntamente realizar una memoria de seguimiento desde "Dic19/Ene20" y una memoria final desde "Dic20/Ene21".

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aula para impartir clases.

Plataforma de divulgación para dar publicidad de los horarios de las clases y para apoyar lo impartido.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0834 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA (APC)

2. RESPONSABLE ALEJANDRO CESAR URGEL GRANADOS
· Profesión MIR
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANCHEZ RAMOS VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA FUENTES JORGE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ROYO AGUSTIN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RILLO LAZARO AGUSTIN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VILLALTA MARTIN ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La APC se ha convertido en un procedimiento común en los S^os de COT. Los objetivos de las unidades clínicas se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados "fast-track". En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de estos procedimientos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que un mayor número de días de ingreso es igual a una mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el "fast-track" funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con la seguridad necesaria. Además, se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) que englobe los aspectos más importantes previos a una cirugía de estas características. Esta reunión tendría un carácter informativo, donde a través de una presentación y un tríptico se explicaría la vía clínica del procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es la reducción de la estancia media tras el procedimiento, que actualmente ronda los 6 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3-4 días tras una APC, siempre que no exista una complicación médica asociada. La intención de este plan es que al menos el 75% de pacientes tengan el alta al 4^o día con seguridad clínica. En ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y la logística, y es en estos casos donde la reunión resultaría eficaz. Además, contaríamos con la opción de realizar escalas u otros parámetros preoperatorios para la realización de estudios posteriores. Por último, se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es conocido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y antihipertensivos en aquellos pacientes que desconocen el proceso al cual se han de someter, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La reunión informativa será 1/mes o 2 meses. Se coordinará con el Jefe de S^o, seleccionando a los pacientes en función de las inclusiones en lista de espera. El lugar de reunión será el aula docente de la 4^a planta de C.Ext. Los pacientes se llamarán a través de Admisión. Se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un COT, pero se promulgará la participación de otros miembros de nuestro equipo multidisciplinar. Se proyectará una presentación de la vía clínica elaborada específicamente para estas reuniones. Se entregará un tríptico que recoja los aspectos más importantes comentados en la reunión. Se atenderán preguntas de pacientes y familiares explicando dudas. Si fuese necesario, se entregarán cuestionarios de Salud para ser entregados el día del ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Habrà calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá una encuesta de satisfacción para obtener la opinión de pacientes y familiares. Los resultados se evaluarán/6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará/6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje opinión de pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían en el momento de autorización de dicho plan, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del Servicio de Admisión para citar a los pacientes en las correspondientes reuniones informativas. Disponibilidad del aula de docencia para la realización de las reuniones. Aunque no sea un requisito indispensable, nos sería de gran utilidad un ordenador portátil para poder llevar a cabo las presentaciones. Dicho dispositivo sería de uso exclusivo hospitalario por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y

Proyecto: 2019_0834 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA (APC)

Traumatología, quedando su custodia a cargo del Jefe de Servicio. Actualmente se realizan sesiones similares para artroplastia de rodilla, estando supeditada su realización a la aportación personal del equipo necesario. De esta forma obtendríamos un salto cualitativo en la labor docente y asistencial del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en su totalidad.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0841 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ESPALLARGAS DOÑATE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• ROYO AGUSTIN MARIA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• VIAL ESCOLANO RAQUEL. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
• ALDABAS SORIANO SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• RILLO LAZARO AGUSTIN. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fractura de cadera en el anciano es una patología muy frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento de la población. Para el paciente tiene un gran impacto desde el punto de vista de morbimortalidad y para la sociedad supone un gran coste sanitario. Una vez producida la fractura es labor del equipo multidisciplinar que trata este tipo de proceso, asegurar un adecuado tratamiento de la osteoporosis para evitar una segunda fractura en estos pacientes.

Tras revisar el número de pacientes intervenidos de fractura de cadera en nuestro hospital durante el año 2017, un 56,56% es dado de alta con tratamiento con vitamina D, un 40,40% tratamiento con calcio y sólo un 19,19% lleva tratamiento osteoprotector (osteofarmaco o antirresortivo).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar el porcentaje de pacientes que son dados de alta con tratamiento osteoprotector una vez tratados quirúrgicamente de una fractura de cadera en nuestra Unidad de OrtoGeriatría, realizando así una prevención secundaria de fracturas osteoporóticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En base a los niveles de vitamina D y calcio y a la edad y situación funcional del paciente se realizará un protocolo de tratamiento para la osteoporosis incluyendo fármacos osteoprotectores y suplementos de calcio y vitamina D para conseguir nuestro objetivo. Simultáneamente al alta se dará un anexo donde se incluya el tratamiento que se va a pautar a cada paciente para la osteoporosis; en este anexo se incluirán todos los posibles tratamientos que se puedan pautar, para facilitar su indicación a los facultativos e incrementar la indicación de éste. Además este anexo, servirá como medio de comunicación con el médico de atención primaria que deberá continuar con dicho tratamiento durante el tiempo que se considere adecuado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores principales serán el porcentaje de pacientes con fractura de cadera que al alta llevan tratamiento con Vitamina D y/o calcio y/u osteoprotector (osteofarmaco o antirresortivo). Se buscará alcanzar la media existente a nivel nacional en cuanto al porcentaje de pacientes tratados al alta con vitamina D y/o calcio y/o osteoprotector, el cual se encuentra en 70,6%, 49,6% y 36,7%, respectivamente. (Datos del informe anual 2017 del Registro Nacional de Fractura de Cadera)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará en los 3 primeros meses por parte de miembros de la Unidad de Geriatría y Traumatología el protocolo de tratamiento para la osteoporosis, así como el formato del anexo que se entregará al paciente con el tratamiento pautado para cada caso. A partir del 3º mes se instaurará dicho protocolo con las hojas anexas junto al alta hospitalaria. A los 6 meses del inicio del protocolo se valorará la intervención mediante una recogida de datos con el porcentaje de pacientes que al alta han recibido tratamiento para la osteoporosis en sus diferentes modalidades, para conocer si se ha alcanzado el objetivo o no y los posibles puntos de mejora.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un ordenador y folios para realizar los anexos que se adjuntarán al alta hospitalaria.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0475 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ADRIAN BALLANO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAGUARDA PORTER SALVADOR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DERMATOLOGIA
· MARCO CATALAN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GALLARDO GANUZA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO FERNANDO LEON. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. INFORMatico/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atención de patología dermatológica en el sector de Teruel se ha realizado habitualmente de modo convencional, valoración de pacientes en consulta de atención primaria y en aquellos casos que se considera necesario se remite a consulta de Dermatología. La demora media aunque no es muy elevada (suele ser inferior a 60 días en nuestro sector) puede retrasar una valoración a tiempo, siendo relevante la en patología potencialmente neoplásica. Se remiten pacientes que de haber dispuesto de una imagen de las lesiones y compartida entre ambos niveles, con una breve descripción y antecedentes por parte de su médico se podrían haber evitado. Disponemos de tecnologías y de experiencias en otros sectores y en otras comunidades autónomas que han testado la utilidad de la tele dermatología, acortando tiempos de sospecha a primer tratamiento, evitando desplazamientos innecesarios, y mejorando la transferencia de conocimiento y formación continuada. La tele dermatología propuesta para este sector consiste en obtener imágenes de lesiones dermatológicas a priori potencialmente malignas (pigmentadas) con la ayuda de una cámara y un dermatoscopio y compartir a través de Historia Clínica Electrónica (HCE) y de Interconsulta Virtual (IV) entre Atención Primaria y Dermatología para adecuar respuesta y tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este proyecto es adecuar tiempo de respuesta a las patologías potencialmente malignas o neoplásicas de dermatología detectadas en atención primaria.

Para ello como objetivos intermedios o secundarios se potenciará o se mejorará la comunicación entre ambos niveles asistenciales con el uso de la herramienta de IV y se mejorará la formación en dermatología y la relación entre niveles asistenciales.

La población diana en un primer paso será la población urbana del Centro de salud Teruel Ensanche (unos 20.000 habitantes 25% población que atiende el sector aproximadamente) pudiéndose posteriormente extenderse a otros centros. Los servicios clínicos que van a participar en este Proyecto son Atención Primaria y Dermatología. Otros unidades que participarían de forma indirecta serán Informática y Servicios de Información (Admisión)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se coordinarán sesiones de formación en patología dermatológica objetivo del proyecto, especialmente, lesiones pigmentadas, dirigidas especialmente a los profesionales del centro de salud de la población diana que atienden este tipo. Se estiman necesarios dos talleres de una hora aproximadamente de duración cada uno. El siguiente objetivo es disponer de un documento de consenso y de sector para este circuito que esté disponible en la intranet. Desde las Direcciones en coordinación con Servicios de Informática y la Dirección de Gestión se realizarán las gestiones pertinentes para disponer del equipamiento y software necesario: cámara y dermatoscopio (800 euros); Programa informático Baydicom ; agenda de tele dermatología: Adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio.

Se realizarán talleres de formación específicos de uso de la herramienta para profesional de referencia en el centro de salud que gestionará los casos. Se planificará una agenda de tele dermatología en centro de salud y también en dermatología de Hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Control de demora media en patología dermatológica: mantener demora media en cifras inferiores a 40 días
- Tiempo de sospecha (fotografía) hasta primer tratamiento en lesiones malignas inferior a 30 días: al menos el 50%
- Tiempo de respuesta a interconsultas de tele dermatología inferior a 96 horas

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0475 (Contrato Programa)**

IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

(al menos el 80%)

- Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de teledermatología no superior al 25% (que al menos 3 de cada 4 pacientes consultados sean patologías pigmentadas con objeto de evitar demanda inducida)
- Satisfacción de los profesionales que usan la herramienta. Análisis de la calidad percibida.
- Presentar en sesión de trabajo resultados obtenidos y formar a otros profesionales de referencia de otros centros de salud: al menos una sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Taller(es) formación en centro de salud: en segundo trimestre de 2019. Se impartirán por dermatólogos de sector.
- Documento de consenso: Teledermatología Sector de Teruel: tercer trimestre de 2019 (Servicio de Dermatología)
- Adquisición cámara + dermatoscopio: tercer-cuarto trimestre de 2019
- Programa Baydicom: segundo semestre de 2019
- Agendas de teledermatología noviembre 2019. (adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio).
- Primeros pacientes consultados por circuito de teledermatología, finales 2019- primer trimestre de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Cámara + dermatoscopio: 800 euros (adquisición por inversiones)
- Reorganización de agendas y circuitos

10. OBSERVACIONES.

Posiblemente se necesite un periodo superior al año para poder hacer una correcta evaluación de las primeras experiencias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARDIES SANCHEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- La obesidad es una enfermedad crónica resultante de la interacción de factores genéticos, metabólicos, conductuales y culturales que está alcanzando proporciones de epidemia mundial.
- El exceso de peso se asocia al desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, e incluso trastornos psicológicos.
- El tratamiento de la obesidad debe enfocarse de manera integral con diferentes estrategias (dieta, ejercicio, modificación de estilos de vida, tratamiento farmacológico, cirugía), pero la dieta constituye un pilar fundamental, sin el cual el resultado del tratamiento está prácticamente condenado al fracaso.
- Si al paciente no se le realiza una adecuada intervención nutricional personalizada, motivándole e insistiendo en la necesidad de modificar sus hábitos y su estilo de vida, el paciente no solo no va a bajar de peso sino que va a continuar aumentándolo, con todas las complicaciones clínicas que eso supone.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- El objetivo principal del proyecto es dar formación individualizada al paciente con obesidad derivado a la consulta externa de Endocrinología para perder peso, mediante una adecuada educación alimentaria y de hábitos de vida, para así lograr los resultados deseados de pérdida de peso y el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables, manteniendo la eficacia a medio-largo plazo.
- Al lograr la pérdida de peso, se pretende conseguir de forma secundaria una disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una mejoría de las comorbilidades asociadas a dicha obesidad, inducir una mejoría psicósomática con mayor sensación de bienestar, y aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.
- Población diana: todos los pacientes con edad > 18 años e índice de masa corporal > 30 kg/m² derivados a la consulta Externa de Endocrinología por obesidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Al inicio se recogerán las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y estado civil); estilos de vida (consumo de alcohol, hábitos alimentarios, práctica de actividad física); variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m², perímetro abdominal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico, hormonas tiroideas, perfil nutricional) y dietéticas, así como control de la tensión arterial. Además, se valorará la presencia inicial de comorbilidades asociadas a la obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados (presencia de DM tipo 2, síndrome de apnea del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, artropatía degenerativa, dislipemia, esteatosis hepática). En la visita inicial se realizará una historia dietética, recogiendo los datos de todos los alimentos y bebidas consumidas por los participantes mediante historia dietética y registro alimentario de 3 días. En base a las características basales de cada paciente y su cálculo de sus necesidades energéticas, se indicarán unas pautas de alimentación y unas recomendaciones de hábitos de vida y de ejercicio físico adaptadas según las capacidades iniciales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En las visitas realizadas cada a los 3 y 6 meses se monitorizará la evolución de las variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal), el cumplimiento de las pautas recomendadas nutricionales y de actividad física, los niveles de tensión arterial, los resultados analíticos y el estado de las comorbilidades asociadas a la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados, objetivando si se ha producido mejoría clínica y analítica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto para todo el año 2019 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo. Las sesiones formativas en la consulta externa de endocrinología tendrán una duración de 20 a 30 minutos. A partir de ese momento se irá reclutando a los pacientes con obesidad que sean derivados a la consulta de Endocrinología, realizando la visita inicial y los posteriores controles a los 3 y 6 meses

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para llevar a cabo el proyecto es necesario disponer de la consulta, una báscula, una cinta métrica, y disponibilidad de analítica sanguínea a los 3 y 6 meses

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• NAVARRO PARDO IRENE. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
• RODILLA CALVELO FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
• ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
• ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La preocupación por la seguridad del paciente (SP) es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la SP.

En nuestro país, el M^o de Sanidad ha situado la SP como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del SNS del M^o, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la SP.

Entre las líneas estratégicas de uso racional del medicamento de 2018-2019 se encuentra potenciar la implantación de los sistemas de prescripción electrónica asistida a nivel intrahospitalario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la SP en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de admon., alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tt°, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

• % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentando progresivamente a medida que se vaya implantando en los

Proyecto: 2019_0011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

servicios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

a) Primera fase: febrero-junio de 2019. Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.

b) Segunda fase: julio-octubre de 2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: noviembre-diciembre 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE IRENE NAVARRO PARDO
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
• FERRER PEREZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
• RILOVA FERNANDEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
• HERNANDO QUINTANA NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
• ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. INFORMatico/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La gestión del hospital de día onco-hematológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes. Estos errores vienen determinados en gran medida por una serie de factores como son: la propia complejidad de la patología, la elaboración de los tratamientos para cada paciente que requieren dosificaciones individualizadas y a la variabilidad de éstas, incluso cuando se utiliza un mismo fármaco en distintos tipos de tumores. La terapia antineoplásica y el resto de mezclas intravenosas de preparación centralizada en el Servicio de Farmacia son terapias complejas que requieren procesos de validación y doble comprobación (fármacos de estrecho margen terapéutico, esquemas complejos, cálculos de dosificación y ajuste según parámetros clínicos, métodos de administración complejos, etc.)
Las tecnologías de la información y comunicación son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad.
La prescripción informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Una mejor gestión:

- Clinica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos y de mezclas intravenosas.
- Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks).
- Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Prescripción Informatizada y Asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología, Digestivo, Reumatología, Urología, Nefrología, Neurología, Dermatología y Pediatría mediante protocolos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Incorporación de alertas de seguridad en la prescripción, preparación y administración de los medicamentos, según parámetros clínicos, alergias, condiciones de reconstitución y dilución, etc.
- Prescripción eficiente promoviendo la utilización de fármacos biosimilares.
- Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
- Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
- Preparación Centralizada de Terapia IV, estandarización del procedimiento de preparación de la terapia y cálculo automático de volúmenes a adicionar y sistema de identificación inequívoca de las preparaciones.
- Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho.
- Gestión de los consumos e integración con el programa de gestión de medicación.
- Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilita la identificación y dispensación de forma inequívoca de las preparaciones.
- Administración segura mediante identificación del paciente correcto, medicación, tiempo, dosis y vía.
- Registro informatizado de la administración y posibles incidencias durante la misma.
- Explotación de datos estadísticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento quimioterápico y con mezclas intravenosas centralizadas en el Servicio de Farmacia incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- Indicador de eficiencia: N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados.

Proyecto: 2019_0026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- a) Primera fase: octubre 2018- abril 2019. Revisión e incorporación de los protocolos consensuados con los facultativos y procedimientos estandarizados de preparación de las mezclas. Puesta en marcha del programa de prescripción electrónica asistida. Prescripción informatizada de los tratamientos activos por los servicios implicados.
- b) Segunda fase: mayo-agosto 2019. Revisión de alertas relevantes como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas. Incorporación de sistemas PDA para el registro y validación de la administración en Hospital de día. Integración del programa informático de prescripción de terapia antineoplásica y mezclas intravenosas con el programa de gestión de medicamentos.
- c) Tercera fase: septiembre 2019. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- MEDINA VIVAS SEBASTIAN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- DE LA CRUZ ROSARIO LAURA ESTHER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- El gasto antibiótico supone hasta un 50% del gasto farmacéutico de la UCI. Aproximadamente un 45% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos.
- Los principios generales que rigen la administración de antibióticos en las UCI aconsejan empezar precozmente por una pauta empírica de amplio espectro, ante el riesgo de no cubrir adecuadamente todos los gérmenes. Sin embargo, esta terapia inicial con frecuencia no es revisada contribuyendo a un uso inapropiado de los antibióticos y a un aumento de resistencias microbianas.
- Las infecciones nosocomiales afectan hasta un 30% de los pacientes en la UCI, con un riesgo entre 5 a 10 veces más alto comparado con pacientes no ingresados en la UCI. Hasta un 70% de las infecciones nosocomiales son causadas por gérmenes resistentes al menos a un antibiótico. Este tipo de pacientes precisan estancias hospitalarias más largas y tratamientos más agresivos, con una mayor morbilidad y aumento de costes.
- La implantación de un Programa de optimización de uso antibiótico (PROA) tiene como objetivos: estandarizar el manejo de los pacientes siguiendo protocolos basados en la evidencia, establecer unos criterios de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Todo ello sirve para mejorar los resultados clínicos, minimizar los eventos adversos, disminuir el uso antibiótico, la selección de gérmenes, la resistencia antibiótica y el consumo de recursos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar el manejo de los pacientes que precisan tratamiento antibiótico.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos Guías de práctica clínica de tratamiento antibiótico de las infecciones, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Españolas de Medicina Intensiva y de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y el grupo PROA del hospital
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del uso antibiótico en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI. (Recogida de cultivos precoz, administración temprana de antibióticos siguiendo recomendaciones PROA, posterior ajuste en función de cultivos y CMI, ajuste dosificación en función de farmacocinética, monitorización de duración de tratamiento, paso a vía oral si hay indicación).
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.
- Reducir la aparición eventos adversos: toxicidad por tratamiento antibiótico, infecciones nosocomiales y gérmenes multirresistentes.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el uso antibiótico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones.
- Ofrecer a los facultativos los protocolos de manejo de tratamiento antibiótico elaborados por el grupo PROA del hospital para las infecciones en UCI.
- Sistematizar y registrar las medidas de optimización del tratamiento antibiótico.
- Monitorizar la selección de gérmenes, la aparición de gérmenes multirresistentes y la infección nosocomial.
- Sesiones de formación al personal de UCI y a los de nueva incorporación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° pacientes que cumplen protocolo para recogida de muestras / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes que siguen pauta tratamiento antibiótico según Guías Clínicas / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con ajuste antibiótico según cultivo y CMI / N° total de pacientes con cultivo positivo x 100
Estándar de calidad: 100%

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0218 (Acuerdos de Gestión)

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

- N° pacientes con ajuste según función renal / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%

- N° pacientes con adecuada duración de tratamiento antibiótico / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Fecha de inicio: Marzo 2019

-Fecha de finalización: Febrero 2020

-Elaboración y difusión del proyecto: Marzo - Abril 2019

-Puesta en marcha del proyecto: Mayo 2019

-Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

-Análisis final de resultados: Febrero 2020

Responsables

- Equipo médico de UCI

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN PEREZ MARTINEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- MONFORTE SORIANO ENCARN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- FUERTES CATALAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- GIMENEZ MORA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el stress y la fatiga de los profesionales y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, hace que los enfermos críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran acontecimientos adversos (AA).
- Uno de los indicadores más importantes de la seguridad del enfermo es el índice de acontecimientos adversos (AA) relacionados con la práctica de la medicina
- Actualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo está desarrollando un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos (SiNASP), cuyo objetivo es 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.
- Sistematizar la información y facilitar la identificación y registro de los AA.
- Crear un sistema de registro en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI de los distintos AA, según SINAPS
- Facilitar el análisis y la revisión de los AA monitorizados y del impacto de las intervenciones sobre su incidencia.
- Establecer medidas de prevención.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de los AA en la UCI del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, para comparar con estándares de calidad.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de AA.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definir concepto de acontecimiento adverso.
- Instaurar un protocolo de identificación y notificación de los AA y su registro en el SIC.
- Implantar una metodología de análisis de AA (cuándo y cómo se han producido, cómo se han detectado, qué factores han influido en su aparición o han limitado sus consecuencias).
- Establecer un sistema de valoración de la magnitud e importancia de los AA según el sistema del SINAPS.
- Monitorización de los indicadores.
- Puesta en marcha de una política de prevención.
- Formación inicial y continuada del personal en el sistema de gestión del riesgo clínico (detección, notificación, análisis y prevención).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- nº de pacientes con acontecimientos adversos analizados / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

- nº de pacientes con registro completo de acontecimientos adversos / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

Fuente de datos:

- Historia clínica
- Hoja de registro de AA (Vista de "eventos" del SIC)

Proyecto: 2019_0220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril 2019: Elaboración y difusión proyecto
- Mayo - Junio 2019: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Febrero 2020: Análisis de resultados

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología como consecuencia del efecto adverso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0874 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FERRER PEREZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· CAÑELLAS MARTORELL JAIME. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· GARZARAN TEIJEIRO ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FONSECA LOPEZ CHERPENTIER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· VILLANUEVA GIMENO MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

JUSTIFICACIÓN.

El modelo de Asistencia Compartida (Comanagement) implica que dos especialistas diferentes compartan la responsabilidad en la atención del mismo enfermo ingresado. Agiliza la atención médica sin necesidad de interconsulta durante la hospitalización.

El 20% de enfermos con cáncer tiene más de 65 años y otras patologías asociadas.

Los enfermos oncológicos ingresan por infecciones relacionadas con quimioterapia, complicaciones médicas asociadas a progresión de patología oncológica, o de sus comorbilidades.

Un 20% de los pacientes ingresados en Medicina Interna son diagnosticados de neoplasia, precisando evaluación completa para decidir si son candidatos a tratamiento antineoplásico.

Se estima que 8 de cada 10 pacientes oncológicos al final de su enfermedad, una vez desestimado continuar tratamiento antineoplásico, ingresan en Medicina Interna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS

Mejorar la atención del enfermo oncológico hospitalizado, su calidad de vida y la de sus familiares mediante asistencia compartida entre oncólogos e internistas.

Disminuir interconsultas hacia otras especialidades evitando una asistencia fragmentada, con múltiples indicaciones por diferentes especialistas.

Conseguir una mejor calidad asistencial, disminución del gasto sanitario, y racionalización del uso de los recursos hospitalarios.

Desarrollar, en beneficio del enfermo y su calidad de vida, capacidades específicas para compartir y coordinar decisiones en distintos ámbitos asistenciales del sistema.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El modelo propuesto asigna al internista como médico responsable, actuando el otro especialista como consultor.

El internista debe tratar enfermedades asociadas según comorbilidades previas y complicaciones médicas relacionadas con el ingreso. Competencia exclusiva del oncólogo son las decisiones acerca del tratamiento antineoplásico, y cuidados más específicos derivados de estos procedimientos.

- Funcionamiento.

Un internista como médico responsable del enfermo oncológico ingresado en jornada laboral de lunes a viernes. Resto del tiempo, la asistencia dependerá del equipo de guardia del Área Médica a criterio del internista responsable, que facilitará la información y recomendaciones.

A primera hora, reunión con Oncología, para coordinar la actuación en los nuevos pacientes ingresados, y comunicar las evoluciones en los ingresados previamente.

- Procedencia de los enfermos.

I. Paciente ingresado en la Sección de Medicina Interna con diagnóstico de neoplasia durante ese ingreso. Se presentará en Comité de Tumores, para evaluación de actitud terapéutica.

II. Paciente ya diagnosticado, controlado por Consultas de Oncología, en tratamiento activo y remitido para ingreso. Aportará informe que detalle motivo del ingreso, juicio diagnóstico, actitud terapéutica, diagnóstica y pronóstico.

III. Paciente ingresado desde Urgencias, no remitido desde Consultas de Oncología. La asistencia inicial dependerá del equipo de guardia del Área Médica. Tras la asignación al internista, éste comunicará el ingreso a Oncología y se tomarán de forma conjunta las decisiones del tratamiento a seguir.

- Alta y destino de los enfermos.

El informe de alta será consensuado por ambos especialistas, especificando motivo del ingreso, exploraciones complementarias, evolución, diagnóstico y plan de tratamiento. Se estratificará la asistencia posterior al alta según necesidades de niveles de cuidados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Monitorización semestral de:

- Número de pacientes con asistencia compartida atendidos.

Proyecto: 2019_0874 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

- Número de reuniones de ambas especialidades para identificar áreas de mejora (3 ó más al año) desde el inicio de la implantación del proyecto.
 - Estancia media.
 - Éxito durante el ingreso.
 - Destino al alta: domicilio, Hospital San José, ESAD.
- Criterios de evaluación: Mejora y mantenimiento de indicadores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CRONOGRAMA

- Momento 0: Incorporación de un efectivo más en la Sección de Medicina Interna para la atención compartida a pacientes oncológicos hospitalizados.
- 0+1 día: Reunión para el inicio de la asistencia compartida.
- 0+6 meses: Análisis intermedio de actividad. Reunión de las partes para valoración de medidas de corrección y mejora.
- 0+12 meses: Análisis final de actividad y de resultados. Reunión de balance. Medidas de corrección y mejora.
- 0+13 meses: Memoria final del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Incorporación de un efectivo más en la Sección de Medicina Interna. Medios estructurales, organizativos y materiales habituales de la hospitalización.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCION DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACION DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL H.OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GOMEZ RUCIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCUSA JULIAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· PEINADO GARCIA JENIFER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FERNANDEZ ESPARZA CESAR IGNACIO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· DOÑATE GONZALVO ROSANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· BARRERA GOMEZ ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FUERTES CASTILLO SONIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Es este año en el que se ha elaborado el documento de Gestion Integral de Caidas para aplicar en todas las Unidades del Hospital Obispo Polanco, desde la Unidad de Medicina Interna se pretende su aplicacion y monitorizacion estricta para conocer las principales causas que potencian el riesgo a sufrirlas, con el fin de poder actuar sobre ellas y disminuir la incidencia respecto al año anterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir la incidencia en el número de caídas potencialmente evitables respecto al año anterior.
Conocer el nº de pacientes con Escala de Downton evaluada el día de corte sobre el 100% de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna. Conocer los motivos reales y potenciales ante una caída.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación del documento de la Gestion Integral de Prevencion de Caidas al personal de la Unidad. Dar a conocer el objetivo de este Proyecto de Calidad. Elaborar una Hoja de registro adaptada al documento de Gestión integral de caidas, que permita la monitorización estricta de los parametros a medir. Recursos previstos: Hoja de registro de caidas, Escala de Downton, Historia clinica, Hoja de valoracion de enfermeria, Medidas de proteccion (barandillas, andador, etc).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº caidas en 2018/Nº caidas 2019.
Nº pacientes con Downton evaluado/Nº total de pacientes ingresados.
Fuente de datos: Escala Downton en hoja de grafica de constantes. Hoja de registro de caidas.
Meta: Cero caidas en pacientes ingresados en Medicina Interna con Downton >=3.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comienzo del proyecto: 1 de marzo a 31 de diciembre de 2019

Los miembros del Proyecto.

Caleendario previsto :

- 1ª. Marzo (reunión de los responsables del proyecto para compartir ideas.)
- 2ª Abril (elaboración y presentación del proyecto a la Dirección de Enfermería)
- 3ª Junio y Septiembre (revisión de los datos recogidos y análisis de incidencias)
- 4ª Diciembre (análisis de datos y conclusión de resultados .Presentación de los mismos a Dirección de Enfermería).

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente pluripatologico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ SANTOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- VAZQUEZ VICENTE CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA
- PEREZ HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), cuya finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población, constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

El Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón, regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. En este Decreto se establecen las modalidades y procedimientos de declaración de las EDO, los responsables de la notificación, la periodicidad de la declaración, así como la lista de EDO y cómo debe declararse cada una de ellas.

La notificación de las EDO forma parte de la labor asistencial de los profesionales sanitarios. No declarar estas enfermedades, o su infranotificación supone un problema para el propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que es conocer de forma precoz los posibles cambios de tendencias de las EDO y proporcionar información rápida y fiable, que posibilite acciones destinadas al control y la prevención de las enfermedades transmisibles y brotes. Diversos estudios señalan como factores que influyen en la infranotificación la creencia de que la notificación no forma parte de la actividad asistencial del facultativo que atiende al paciente, el desconocimiento de las enfermedades a notificar y de su importancia, la falta de tiempo, la dificultad de acceso a los formularios, o la falta de información de las acciones que se han llevado a cabo a partir de la notificación.

En el año 2018, la Sección de Vigilancia Epidemiológica comunicó a la Dirección del Hospital Obispo Polanco que no se había procedido a la notificación de algunos casos de EDO, remitiendo al hospital un escrito cuyo contenido se puso en conocimiento de los facultativos de los diferentes Servicios.

La realización de actividades formativas, la disponibilidad de material impreso en el lugar de trabajo o la transmisión a los facultativos de cuáles son las EDO y quién, cuándo y cómo se deben notificar, así como la concienciación de la importancia de esta tarea, puede contribuir a mejorar la adecuada notificación. Para la consecución de este objetivo es imprescindible la colaboración de la Dirección del hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la notificación de EDO en el hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un cuestionario para valorar los conocimientos y actitudes de los facultativos ante las EDO, así como la importancia que conceden a su notificación.
- Valoración externa del cuestionario y distribución a facultativos de todos los Servicios para su cumplimentación.
- Inclusión de un objetivo relacionado con la notificación de EDO en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados.
- Información a las Unidades Asistenciales sobre las EDO y la gestión de su declaración, dejando material impreso con las EDO urgentes y no urgentes, así como el tipo de notificación que debe llevarse a cabo.
- Distribución de formularios de declaración individualizada de las EDO más frecuentes en cada Unidad Asistencial, facilitando asimismo un enlace a la dirección web de las EDO de Aragón.
- Envío semanal a Medicina Preventiva de una base de datos en Excel con los diagnósticos de todos los pacientes atendidos en Urgencias. Revisión de los datos, verificación de la notificación de EDO individualizadas y declaración de las numéricas.
- Nueva distribución del cuestionario para valorar la modificación de conocimientos e impresiones.
- Estudio de la notificación de EDO, comparando los resultados con los de años anteriores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Estructura:

- % Unidades Asistenciales con material informativo y formularios impresos

Numerador: N° Unidades con materiales impresos x 100

Denominador: N° total Unidades

Proceso:

- % Unidades Asistenciales a las que se distribuyó el cuestionario

Numerador: N° Unidades a las que se distribuyó el cuestionario x 100

Denominador: N° total Unidades

Resultado:

Proyecto: 2019_0661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

- % EDO urgentes notificadas adecuadamente
Numerador: N° EDO urgentes notificadas adecuadamente x 100.
Denominador: N° EDO urgentes
- % EDO individualizadas notificadas adecuadamente
Numerador: N° EDO individualizadas notificadas adecuadamente x 100.
Denominador: N° EDO individualizadas
- % EDO notificadas ante sospecha
Numerador: N° EDO notificadas ante sospecha x 100
Denominador: N° EDO notificadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: Elaboración del cuestionario, valoración externa y distribución a las Unidades Asistenciales.
Abril 2019: Información sobre EDO en las Unidades Asistenciales y distribución de material impreso.
Mayo 2019: Nueva distribución del cuestionario.
Mayo–Noviembre 2019: Recogida de datos para estudio de adecuación en la notificación de EDO.
Diciembre 2019: Análisis de datos y comunicación de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

2. RESPONSABLE ANA VICENTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALARCON DIAZ LORENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· ACERO CARRERO ALMUDENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro centro, existe un aumento en el número de pacientes que ha iniciado este tratamiento. Estos pacientes poseen una información básica sobre esta técnica dada previamente en la consulta de ERCA, pero requieren aprender una serie de recursos y habilidades para realizar una buena técnica aséptica y terapia eficaz.

Actualmente se informa verbalmente y se pone en práctica la técnica tanto en delantal de práctica como en el mismo paciente cuando tiene el catéter insertado. Por lo que con este tríptico se reforzaría de modo visual dicha información.

La DP es una técnica que precisa un adiestramiento y habilidades adecuadas para realizarla correctamente, tanto al inicio del tratamiento como posteriormente para reforzar conocimientos y corregir errores. Cada paciente necesita una atención individualizada, integral y continuada.

Para ello proponemos realizar un material educativo de refuerzo en forma de tríptico para tener a la vista cuando están aprendiendo y en sus casas, para poder recordar con él los pasos a seguir para realizar una técnica correcta, además de las charlas educativas y los talleres prácticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Acoger al nuevo paciente en la unidad y proporcionarle la información que demande.

Crear un clima de confianza y seguridad entre paciente y personal sanitario.

Educar al paciente en la técnica de DP: enseñanza, realización y seguimiento. El paciente participará activamente en esta técnica.

Reforzar, en consultas sucesivas que realicen al centro, la técnica adecuada e insistir en la importancia de una buena higiene y asepsia.

Conseguir la implicación del paciente para conseguir mayor grado de autonomía.

Todos los pacientes incluidos en el tratamiento DP tendrán este material de apoyo durante su período de aprendizaje.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Educación en autocuidados del paciente, tanto verbal como en la práctica y con el refuerzo del tríptico.

Charla informativa al personal de la unidad de DP.

Realización del tríptico, así como de un documento de registro de entrega del mismo y una encuesta de satisfacción del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se entregará al 100% de los pacientes incluidos en DP, tanto prevalentes como incidentes.

La evaluación se realizará a través de una encuesta de satisfacción y se llevará un registro de la documentación dada a cada paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará durante un año.

A los pacientes existentes en DP se les entregará el tríptico cuando vengan a consulta de seguimiento, y a los que inicien tratamiento en dicha terapia se les entregará al comenzar con el adiestramiento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal sanitario adiestrado en técnica de DP.

Tríptico explicativo.

Delantal de prácticas y resto de materiales necesarios para realizar la técnica de DP.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMOS RENALES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- PEINADO GARCIA JENIFER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- PLAZA BAYO AMPARO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es una entidad con una alta prevalencia que depende de diversas variables clínicas. La terapia más eficaz para su tratamiento es la CPAP (presión continua positiva de la vía aérea), asociada a medidas higiénico-dietéticas generales. A muchos de los pacientes tratados se les estima inicialmente una presión empírica a través de fórmulas matemáticas, calculadas en dependencia de variables como el índice de masa corporal, el índice medio de eventos respiratorios del registro poligráfico o polisomnográfico, y el perímetro del cuello del paciente. A pesar de que dicho cálculo es aproximado, en diversas circunstancias se puede sobre todo infraestimar la presión real que puede corregir los eventos y la oxigenación de forma efectiva. La respuesta a la terapia con CPAP es positiva desde el punto de vista clínico con la mejoría de los síntomas motivo de consulta (desaparición de la somnolencia diurna, los ronquidos y las apneas presenciadas); pero a pesar de esto, pueden persistir desaturaciones nocturnas y eventos respiratorios residuales, es decir, un control deficiente o parcial de la enfermedad a pesar de una mejoría subjetiva por parte del paciente o medida por cuestionarios de somnolencia. Esto podría influir negativamente sobre la evolución y pronóstico, ya que se ha demostrado que un control parcial del SAHS podría influir negativamente en el pronóstico, sobre todo en su implicación sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de eventos futuros. La eficiencia del tratamiento con el CPAP se puede valorar a través de titulaciones con métodos externos validados (pulsioxímetros, polígrafos, polisomnógrafos), así como por determinaciones intrínsecas del propio dispositivo (software) y el empleo del auto-CPAP (CPAP automático). Considerando que los medios para titular y confirmar las presiones definitivas dependen en gran medida de los recursos hospitalarios, se propone una forma de titulación sencilla, con reducción de costes y recursos, empleando métodos indirectos al alcance de nuestro centro. En este caso, la pulsioximetría domiciliaria permite una aproximación indirecta eficiente en la valoración de la respuesta a la terapia con CPAP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Optimizar el tratamiento con CPAP en pacientes diagnosticados de SAHS a través de la titulación domiciliaria con pulsioximetría nocturna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se incluirán a pacientes susceptibles de la intervención. De la totalidad de pacientes valorados por sospecha de SAHS en consultas externas de Neumología del Hospital Obispo Polanco de Teruel, se seleccionarán aquellos pacientes susceptibles de realizar una intervención de titulación de presiones. Los criterios de inclusión en la selección de pacientes serán los siguientes: presencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedad cardíaca o de evento cardiovascular mayor, actividades profesionales relacionadas con la conducción de vehículos.

La titulación se llevará a cabo en el domicilio de los pacientes, a través del registro pulsioximétrico nocturno bajo el tratamiento con la presión empírica inicial. Una vez obtenido el registro, se expondrá en un informe definitivo que indicará el trazado general pulsioximétrico, las mediciones de saturación periférica de oxígeno mínima y media, índice de desaturaciones/hora (IDO 4%) y porcentaje de tiempo con saturación inferior al 90% (CT90). Además, se propone analizar variables clínicas generales como las comorbilidades y aspectos antropométricos de los pacientes y su relación con los resultados pulsioximétricos obtenidos. De acuerdo a los resultados y a un control deficiente de la oxigenación o la presencia de eventos, determinado por valores patológicos de las variables antes comentadas, permitirán la intervención y el cambio o no de las presiones del CPAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes susceptibles de titulación domiciliaria: N° pacientes titulados / Total de pacientes diagnosticados de SAHS en consultas x 100
- % de pacientes con presiones correctas detectadas : N° de pacientes con controles pulsioximétricos correctos / Total de pacientes titulados x 100
- % de pacientes con CPAP con cambios de presión de CPAP : N° pacientes que han requerido cambios de presión x 100 / Total de pacientes titulados x 100
- Media absoluta de variación de la presión de CPAP : Presión CPAP media final de casos titulados - Presión CPAP media inicial de casos titulados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fechas estimadas:

Proyecto: 2019_0769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

- Intervenciones y recolección de datos: Del 1 de Marzo al 31 de Diciembre de 2019.
 - Interpretación de resultados y elaboración de memoria: Del 1 al 31 de Enero 2020.
- Duración total del proyecto: 11 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Pulsioxímetros grabadores (2 dispositivos)
Polígrafos domiciliarios

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JARAUTA LAHOZ LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
- SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
- SABORIT OLIVER RAMON. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el momento actual el servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco consta de 3 neurólogos y dispone de un único espacio físico para la atención de consultas. La ampliación de cartera de servicios realizada en los últimos años, junto con la limitación de espacio indicada previamente han dificultado aumentar el número de pacientes atendidos en consultas y las demoras en el último año se han mantenido.

De este modo la demora media de primera visita oscila entre el mes y medio y dos meses según el período del año evaluado, estando especialmente afectadas las visitas sucesivas y resultados, con demoras que pueden alcanzar los cuatro meses.

Las patologías neurológicas son en su mayoría crónicas (epilepsia, deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, migraña crónica entre otras) lo que se traduce en un gran volumen de pacientes que no pueden ser dados de alta al menos inicialmente y que generan visitas sucesivas y pruebas complementarias de control.

Hemos detectado a su vez que en ocasiones estos pacientes podrían beneficiarse de un control no presencial si la patología está estable, lo que permitiría aliviar las consultas presenciales y podría permitir buscar espacios para simultanear consultas presenciales y no presenciales, ampliando el número de pacientes atendidos.

Por tanto se propone la creación de agendas no presenciales para la atención de pacientes neurológicos a través del teléfono.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este plan de mejora es incrementar la accesibilidad al sistema de los pacientes a través de la creación de agendas no presenciales de atención telefónica para pacientes neurológicos estables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- En primer lugar se procederá a la evaluación de la situación actual en consultas con el objetivo de proceder a una reestructuración de las agendas. Dentro de esta reestructuración se introduciría esta agenda no presencial.
- Se establecerán reuniones con el responsable de gestión de consultas externas y con citaciones para establecer los horarios, duración y ubicación de la nueva agenda.
- Se propondrá crear una agenda pendiente de dimensionar de visitas sucesivas y resultados, con el acceso a las historias clínicas correspondientes y aviso al paciente de que se procederá a llamarle el día y la hora que se establezca según agenda al teléfono que nos facilite.
- Se consensuará en el Servicio de Neurología los pacientes potencialmente candidatos a estas consultas. Algunas propuestas son las siguientes:
 - o Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia
 - o Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial
 - o Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales)
 - o Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático
- Se planteará la viabilidad de poder hacer una breve encuesta de satisfacción al paciente.
- Se valorará la posibilidad de generar una vía que incluya pacientes que precisen un control estrecho de tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes valorados en consulta no presencial respecto al global
- Reducción en lista de espera de visitas sucesivas y resultados: 10%
- Reducción del número de reclamaciones por lista de espera: 10% respecto al año anterior
- Si se realiza encuesta de satisfacción: > 80% de valoración positiva

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reuniones con los responsables de citaciones: Febrero y Marzo de 2019
- Diseño de nuevas agendas: Marzo de 2019

Proyecto: 2019_0316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

- Inicio de la asistencia no presencial: Abril de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• HERNANDO QUINTANA NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
• FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. GERIATRIA
• LATORRE FORCEN PATRICIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
• SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
• LOZANO PASAMAR MARIANO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes con Deterioro Cognitivo de origen neurodegenerativo del Sector Teruel, independientemente del estadio de evolución, son controlados por los Servicios de Neurología, Geriatria, Psiquiatria y un porcentaje menor son controlados únicamente por Atención Primaria(AP). Los criterios establecidos para la asistencia están bien definidos y son fundamentales para la toma de decisiones, por eso es importante que estos sean comunes con independencia del nivel de atención médica que atienda a estos enfermos. Desde Atención Especializada(AE) hemos ido observando a lo largo de los años diferentes incidencias en el manejo asistencial de estos pacientes. Planteamos un proyecto para mejorar la calidad asistencial de pacientes con esta patología. Las situaciones mejorables observadas en las CCEE de AE son: •Se realizan demasiadas interconsultas virtuales desde AP a Neurología solicitando valoración de pacientes con posible deterioro cognitivo de edades > 75 años, pacientes que creemos candidatos a una valoración inicial por Geriatria. En el mes de Enero de 2019 se realizaron 125 interconsultas, de estas 15 eran relativas a deterioro cognitivo y en 8 casos eran pacientes mayores de 75 años(53%). •Derivación de pacientes jóvenes a Geriatria, por existir menor lista de espera. •Existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que está, a la vez, siendo controlado por dos o tres de los Servicios implicados. •Por rutina, se citan pacientes con Deterioro cognitivo moderado-grave cada 6 meses, casos que podrían ser candidatos a control desde AP. •Existen pacientes con trastorno de conducta grave con sintomatología aguda mal controlada que no tienen acceso preferente a una valoración por el especialista y que podrían beneficiarse de una atención especializada más temprana. •Mantenimiento de tratamientos específicos de demencia por AP en situaciones avanzadas, que no lo requieren.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Adaptar y economizar los recursos actualmente disponibles a las necesidades del paciente, mejorando la calidad asistencial y evitando duplicidad de consultas. Objetivos secundarios: •Creación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar para alcanzar un consenso de atención integral a pacientes con esta patología. •Establecer criterios de derivación bien definidos desde AP a AE para que lleguen al especialista correcto y reducir la duplicidad/triplicidad de consultas. •Establecer una vía de acceso de contacto preferente para que aquellos pacientes con sintomatología aguda pueden ser valorados en un tiempo prudencial. •Conseguir una comunicación más fluida entre todos los especialistas mediante la creación de un email de grupo o mediante la Historia Clínica Electrónica. •Asignación del seguimiento de los pacientes al servicio correspondiente según criterios consensuados y definidos entre los servicios del grupo de trabajo. •Aumentar el número de pacientes que pueden ser controlados únicamente por AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

• Creación de grupo de trabajo con tareas concretas para llegar a un consenso de atención integral a esta patología. •Realización de un protocolo consensuado con AP y AE para la atención multidisciplinar de estos pacientes. •Impartición de clases formativas para dar difusión del Protocolo por diferentes Centros de Salud(CS)del sector. •Promover la utilización de las interconsultas virtuales para solicitar ayuda y orientación terapéutica desde AP. •Mejorar la comunicación entre especialistas creando una vía de acceso común.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Protocolo de asistencia integral consensuado entre los diferentes niveles asistenciales. •Participación de los miembros del grupo de trabajo en reunión trimestral(>90%) •Impartición de clases formativas para difundir el protocolo en los 6 CS más populosos del Sector(>80%) •Coordinadores de los CS que reciben email informativo (con acuse de recibo) solicitando además que lo difundan a todos los médicos de su Centr (>80%) •Porcentaje de interconsultas virtuales realizadas a Neurología por pacientes con sospecha de deterioro cognitivo mayores de 75 años(<30%) •Adecuación de las derivaciones a Geriatria(>70%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo a Junio: creación del grupo de trabajo, elaboración de los criterios y protocolo.- Septiembre: difusión del protocolo en centros de atención primaria.- Octubre a Diciembre: puesta en marcha del protocolo y evaluación de indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0156 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TRAS LA APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL MELGOSA LIGIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la llamada de atención por el elevado porcentaje de pacientes que estando programadas por CMA finalizaban en ingreso hospitalario (10% aprox), nos dispusimos a analizar las causas que lo motivaban, revisando las historias clínicas de las pacientes codificadas de tal manera durante los años 2017 y 2018. A la vista de los resultados, se ha elaborado una serie de criterios de inclusión y exclusión en CMA para cada procedimiento quirúrgico ginecológico, así como recomendaciones prequirúrgicas para evitar incidentes o complicaciones evitables que obliguen al ingreso hospitalario de las pacientes. Y así, intentar disminuir las tasas de ingresos hospitalarios no programados procedentes de CMA. Con ello, se mejoraría la siempre prioritaria atención a la paciente, la cual se puede organizar de mejor manera en su entorno laboral y familiar, evitándose ingresos hospitalarios inesperados. Además se mejoraría un indicador de calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es analizar las tasas de ingreso hospitalario en las pacientes de CMA tras la aplicación del nuevo protocolo elaborado de inclusión en tal categoría. Se dirige a todas las pacientes que se incluyen en LEQ para intervenciones ginecológicas, y se pretende disminuir el porcentaje, idealmente por debajo de 6%. Se analizarán a las pacientes que se incluyan en LEQ para intervenciones de ginecología durante el 2019 y sean intervenidas durante el mismo año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se presenta el protocolo en sesión del Servicio de Ginecología y Obstetricia para darlo a conocer a todos los especialistas del servicio y así poder ser aplicado de forma generalizada por todos los médicos. A continuación se explican los cambios:

- Ningún quirófano de tarde será considerado como CMA (independientemente que en la hoja de inclusión en lista de espera conste así), puesto que el tiempo control postquirófano y postanestesia se prolonga hasta la noche, siendo recomendado el ingreso para un mejor postoperatorio inmediato.
- Todas las conizaciones son susceptibles de CMA. La complicación que se asocia a ingreso hospitalario suele ser el sangrado. Nos deberemos asegurar de obtener una buena hemostasia del lecho quirúrgico en quirófano, siendo posible incluso la utilización de material hemostático, si el caso así lo precisa.
- En el caso de las histeroscopias tanto quirúrgicas como diagnósticas, se protocoliza como método de permeabilizar canal cervical y evitar así las posibles complicaciones por perforación uterina o creación de falsas vías, el uso de Misoprostol preoperatorio, indicándose a la paciente la administración vía vaginal de 1 comprimido de misoprostol 200mg por la noche antes de acostarse y otro por la mañana al despertar. Se les entrega en el momento de la inclusión en LEQ, un folleto explicativo del procedimiento con las instrucciones por escrito de cómo y cuándo administrarse la medicación, e incluso se entregan físicamente los 2 comprimidos necesarios. En caso de realizarse la intervención quirúrgica en horario de tardes, la medicación se administrará por la mañana temprano al despertar y unas 3 horas antes de la intervención.
- Los principales motivos que obligan a ingreso hospitalario tras la colocación de una TOT es la dificultad para la micción y el dolor inguinal, debido a la misma técnica quirúrgica. Se intentará seleccionar a aquellas pacientes con comorbilidades algicas (fibromialgia, artrosis, dosis de medicación antiálgica considerables y habituales) para ingreso hospitalario y no para CMA.
- Para terminar, con las laparoscopias, se incluirán en CMA sólo aquellas que se vayan a realizar en pacientes a priori con bajo riesgo de complicaciones: ligaduras tubáricas en pacientes sin comorbilidades ni cirugías pélvicas previas, quistes simples menores de 6 cm, o teratomas de pequeño tamaño (4-5 cm máximo). Así pues, requerirán ingreso hospitalario las pacientes con 2 o más cirugías pélvicas previas, pacientes con endometriomas o sospecha de endometriosis, o con quistes sólidos de gran tamaño. Las histerectomías se seguirán considerando para ingreso hospitalario, como se venía haciendo hasta ahora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se evaluará que las pacientes son correctamente incluidas/excluidas de CMA y que se siguen las recomendaciones postuladas. Se analizará la tasa de ingresos hospitalarios y se revisará la adecuada aplicación del protocolo para cada uno de los casos.

Se pretende intentar la disminución de dicha tasa a idealmente un 6%. Cabe recordar que existen incidencias intraoperatorias no evitables ni previsibles que no pueden ser extinguidas por completo.

Proyecto: 2019_0156 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TRAS LA APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La aplicación del protocolo se inicia en febrero-marzo del 2019 por parte de todos los FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco y a lo largo de todo el año se analizarán las inclusiones en CMA, y se revisaran los casos de ingreso. A principios del 2020, se llevará a cabo el análisis estadístico relativo al año 2019 y la obtención de la tasa total de ingresos hospitalarios no programados procedentes de CMA.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno en especial. Se dispondrán de copias de los protocolos en las distintas consultas del servicio para poderlos consultar en cualquier momento. Se realizará una tabla Excell con diferentes apartados para una mejor visualización de los casos de reingreso, las características de dichas pacientes, los motivos que ocasionaron en ingreso y si se cumplió correctamente el protocolo o no.

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto se considera la continuación o el siguiente paso, del proyecto realizado en 2018 y titulado: control y seguimiento de las pacientes intervenidas por proceso CMA y que pasaron a ingreso hospitalario.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LOS INFORMES ECOGRAFICOS EN LA HISTORIA ELECTRONICA GINECOLOGICA

2. RESPONSABLE VICENTE SPINOSO CRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLECHA MORALES MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL MELGOSA LIGIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGO BARRADO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCÉS VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las historias médicas en físico (papel), son cosas del pasado, obsoletas, requieren de grandes espacios físicos para su almacenamiento y custodia, muchas veces estas no están disponibles cuando se requieren y no son accesibles desde otros centros sanitarios de la Red Sanitaria de Aragón.

Recientemente EL SALUD ha incorporado la Historia Electrónica Obstétrica con gran éxito y aceptación por parte de todos los profesionales. Su accesibilidad desde los distintos centros que conforman la Red Sanitaria de Aragón se traduce automáticamente en una notable mejoría y en una atención más integral de nuestras pacientes.

Actualmente se encuentra en proceso de elaboración e implantación la Historia Electrónica Ginecológica, valioso instrumento para la adecuada atención de nuestros pacientes, sin embargo esta no dispone de acceso directo a los informes de ecografía ginecológica realizados en las distintas unidades ecografía ginecológica de la Red Sanitaria de Aragón. Nuestra propuesta en concreto consiste en la automática incorporación de los informes de ecografía que se encuentran archivados en el programa HP DOCTOR a la Historia Electrónica Ginecológica de la misma forma en la que actualmente figuran otros ítems tales como Anatomía Patológica, Analíticas, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incorporación de todos los informes de ecografía ginecológica transcritos en el HP DOCTOR a la Historia Electrónica Ginecológica del Servicio de Obstetricia y Ginecología de nuestro centro y hacerlo extensible a todos los centros que conforman la Red Hospitalaria y Sanitaria de Aragón.

Población diana: Pacientes de sexo femenino, no conocidas gestantes, evaluadas en la unidad de ecografía del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco

Sexo: Femenino

Tipo de Población y pacientes: población femenina general

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Trabajar en conjunto con la Unidad de Informática del Hospital Obispo Polanco/SALUD en la elaboración de todos los protocolos informáticos que permitan la automática incorporación de los informes de Ecografía Ginecológica transcritos en el HP DOCTOR de nuestro centro a la Historia Electrónica Ginecológica.

Una vez cumplido este objetivo, los integrantes de este proyecto monitorizarán cuantos informes de ecografías ginecológicas son transcritas al programa HP DOCTOR y cotejarán cuantos de estos figuran posteriormente en la historia electrónica ginecológica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1) No de informes de ecografía Ginecológica transcritas en el HP DOCTOR

2) No de informes de ecografía Ginecológica reflejados en las Historia Electrónicas.

Indicador: No de informes de ecografía Ginecológica reflejados en la Historia Electrónica/ Total de Ecografías Ginecológicas transcritas en el HP DOCTOR x 100:

Objetivos a alcanzar: incorporación de al menos el 80% de los informes de ecografía ginecológica del HP DOCTOR a la historia electrónica de ginecología.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

01/04/2019: Presentación del proyecto

01/05/2019: Modificaciones de la H. Electrónica para permitir la incorporación de los informes de Ecografía Ginecológicas transcritos en HP DOCTOR

01/06/2019: Inicio del proyecto.

31/12/2019: finalización de la recaudación de datos

30/01/2020: Evaluación de los resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones con la unidad de Informática de nuestro centro (Hospital obispo Polanco) para coordinar la

Proyecto: 2019_0208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LOS INFORMES ECOGRAFICOS EN LA HISTORIA ELECTRONICA GINECOLOGICA

incorporación de los informes de ecografía ginecológica en la historia electrónica de ginecología.
Transcripción de todos los informes de ecografía ginecológica al HP DOCTOR.
Monitorización del número total de informes de ecografía ginecológica que son transcritos del HP DOCTOR a la Historia Electrónica de Ginecología.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCION PRE QUIRURGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE LIGIA GIL MELGOSA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• COLECHA MORALES MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CABEZA VENGOECHEA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco, es un servicio pequeño, por lo que conviene rentabilizar al máximo los tiempos de quirófano disponibles. Algunas de las indicaciones en cirugías obstétrico-ginecológicas pueden variar en el tiempo de espera quirúrgico, una cesárea programada por presentación podálica puede ser anulada al convertirse a presentación cefálica. Además de la cesárea, otras indicaciones se beneficiarían de una revisión en consulta antes de la cirugía, para planificar bien el tipo de cirugía, saber los cirujanos necesarios y poder organizar el resto de las obligaciones del servicio o pautar si fuera necesario algún tipo de tratamiento que facilite la cirugía. Se podría planificar mejor el quirófano para poder ajustar los tiempos estimados de cada una de las cirugías aprovechando al máximo los tiempos quirúrgicos y los materiales disponibles. En esta consulta se comprobaría que todos los trámites burocráticos hayan sido correctamente realizados. Se evitarían imprevistos el mismo día de la cirugía como cancelaciones de cirugías o dificultades imprevistas y rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico y la disponibilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evitar suspender cirugías el mismo día que estaban indicadas. Si se suspende alguna, se sustituirá por otra cirugía de la lista de espera quirúrgica. Rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico disponible, el personal y los materiales necesarios. Prever dificultades que puedan surgir en el momento de la cirugía. Individualizar y anticipar la necesidad de antibioterapia y transfusión de hemoderivados. Pautar los tratamientos que sean necesarios para realizar la intervención de la forma más adecuada y segura posible. Explicar con detenimiento en que consiste la cirugía y el postoperatorio a las pacientes, resolver y aclarar las dudas que les hayan podido surgir el tiempo de espera. La población diana a la que va dirigida el proyecto son todas aquellas pacientes que van a ser intervenidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Obispo Polanco, sobretodo se centrará en aquellas que llevan más tiempo en lista de espera quirúrgica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se organizará una consulta los martes de cada semana en la que se citarán a las pacientes que hayan sido programadas para quirófano en los 7-15 días siguientes. Se repetirá la exploración a la paciente si se considera pertinente y se revisarán las pruebas de imagen disponibles con el propósito de poder determinar el mejor abordaje quirúrgico y poder prever el instrumental necesario más idóneo para cada intervención. Comprobar que el paciente ha completado el estudio preoperatorio con el anestesiólogo. Comprobar que el paciente ha comprendido y firmado el consentimiento informado. Resolver todas las dudas que a la paciente le puedan surgir. Se llevará un control estadístico de las pacientes que se visitan. La consulta tendrá lugar en la consulta de Ginecología general, será los miércoles de 8,45h a 11h. Se citarán alrededor de cinco pacientes teniendo en cuenta que el tiempo de atención a cada una de ellas será de 20-30 minutos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se recogerán los datos de todas las pacientes que pasen por la consulta pre quirúrgica en unas fichas diseñadas específicamente. Además de los datos personales, se detallará el tipo de intervención, el diagnóstico, la exploración y pruebas realizadas, así como las observaciones que haya que tener en cuenta el día de la intervención. Al finalizar el año se recogerán las estadísticas del año 2019 para comprobar el número de cirugías que se han llevado a cabo en total en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Se analizará cuántas de esas pacientes fueron vistas en la consulta pre quirúrgica antes de la intervención y si es significativo el número de intervenciones que en la consulta pre quirúrgica hayan sido pospuestas por no ser el momento más idóneo. Se analizarán aquellas cirugías que hayan sido suspendidas el mismo día de la intervención y la causa de la cancelación para poder averiguar si se pudiera haber evitado en la consulta pre quirúrgica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La evaluación del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con el objetivo de continuar los años siguientes si los resultados de la misma son favorables. La principal responsable de su implantación es la Dra. Schuhmacher, jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Consulta de Ginecología general dotada de un ecógrafo y ordenador. Facultativo especialista de área en Ginecología y Obstetricia. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCION PRE QUIRURGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO CASADO MARIA NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· PASTOR ESPUIG MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· GARGALLO BENEDICTO AMPARO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· CLEMENTE TOMAS RODRIGO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· TORRECILLAS PICAZO RAUL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas. Han aumentado las expectativas de vida y tenemos que intentar vivir con calidad. Por otro lado, cada vez la población es más exigente y tiene más información.

En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo.

El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual.

En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía "faco-refractiva", es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente intentando conseguir el mejor grado de visión.

Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo.

Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrías de astigmatismo en contra de la regla. Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

Se debe tener en cuenta que existe una nueva generación de lentes intraoculares que mejoran la calidad visual de cerca. Se debe instaurar un protocolo de implantación de dichas lentes en pacientes candidatos para mejorar la visión lejana, intermedia y cercana.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino.

Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías.

Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida.

Mejora en la visión cercana en aquellos casos que sean candidatos a la implantación de lentes de foco extendido. Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual y satisfacción de cada paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino (detectar cualquier anomalía como cicatrices corneales, debilidad zonular, pseudoexfoliación,...). Características que

podrían modificar nuestra actuación.

Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar.

Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente.

Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional.

Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes.

Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseamos implantar. Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando sea mayor se

Proyecto: 2019_0255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

planteará colocar una lente introcular tórica.
Decidir los criterios para poder utilizar las lentes de foco extendido que permitan ver a todas las distancias sin necesidad de gafas, mejorando la calidad visual a una distancia lejana, intermedia y cercana.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nivel de satisfacción de los profesionales.
Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Agudeza visual de los pacientes sin corrección óptica.
Situación refractiva deseada y lograda tras la cirugía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2018: inicio del protocolo instaurado.
Año 2019: seguimiento del protocolo y actuación según indicaciones de la Sociedad Española de Oftalmología.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Seguir utilizando los medios que tenemos en nuestro servicio (biómetro LENSTAR con el software EYESUITE, sistemas de marcado del eje corneal, lentes intraoculares,...). Lo único que queda por precisar es la posibilidad de disponer de la lente TECNIS SYMPHONY de foco extendido.

10. OBSERVACIONES.

ES UN PROYECTO DE SEGUIMIENTO, SE INICIO EN EL AÑO 2018

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COMIN NOVELLA LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- IBAÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOTERAPIA
- FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- PARDO SUS ALIDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. El buen funcionamiento del Programa de Cribado en la provincia de Teruel, con una adherencia al programa superior a la media española, contribuye a la detección de un porcentaje importante de tumores en fases iniciales, estadios I y II.

Se ha demostrado que los pacientes que pertenecen a regiones que no permiten un acceso inmediato a la radioterapia presentan un uso menor de este tratamiento y peores cifras de supervivencia en comparación con los pacientes de áreas metropolitanas. Mediante la descentralización de la radioterapia se puede garantizar la accesibilidad a los pacientes, manteniendo la calidad y la eficiencia. La finalidad es permitir el acceso al tratamiento en las mismas condiciones y garantías de calidad y seguridad a los pacientes que residen en poblaciones alejadas del hospital de referencia para la Radioterapia.

La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la intervención quirúrgica del cáncer de mama de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre el tumor en la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Este tratamiento es una dosis única que evita el tradicional tratamiento radioterápico postoperatorio en el hospital de referencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es demostrar que la aplicación de RIO en el Hospital Obispo Polanco es factible y útil para nuestra población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

coordinar la actuación de todos los servicios implicados para poder realizar RIO en la cirugía conservadora de cáncer de mama en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Puesta en marcha del proceso.

Pacientes que reciben RIO/pacientes que se indica RIO desde el Comité de Tumores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A partir del 26 de febrero se realizará la cirugía mamaria con RIO en los pacientes que sean indicadas por el Comité de tumores de mama. Desde el comité se organizará la actuación de cada uno de los Servicios implicados, siguiendo un protocolo de actuación redactado en el 2018

En el primer trimestre de 2020, se medirán los indicadores propuestos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Máquina de RIO (ya disponible)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H OBISPO POLANCO
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. H OBISPO POLANCO. TRABAJO SOCIAL
- MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- BENITO COSTEY SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- SANCHEZ MARCO SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- ADAN LANCETA VICTOR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARTIN-CALAMA VALERO JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad celíaca es una patología frecuente en nuestro medio, ya que se calcula que entre el 1-1.5% de la población podría padecerla. El mayor conocimiento sobre la enfermedad y la accesibilidad de las pruebas han permitido que el diagnóstico cada vez se lleve a cabo en edades más tempranas. El pronóstico, las complicaciones y la evolución de la enfermedad dependerán de que los pacientes sigan una dieta sin gluten estricta de la forma más adecuada posible. Para ello, es imprescindible que los pacientes y sus familias sepan en qué consiste la celiaquía, entiendan las consecuencias de un mal control y aprendan a llevar una adecuada dieta sin gluten. Esto es muy complicado en aquellos pacientes con una barrera idiomática importante que impida una adecuada comunicación paciente-facultativo. Todo esto conlleva un mal control que deriva en complicaciones, persistencia de la sintomatología, estrés familiar y de forma más indirecta en gasto sanitario derivado de tratamientos y pruebas repetidas para monitorizar estas situaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Acercar la información en términos comprensibles a todos los colectivos, rompiendo la barrera idiomática que impide una correcta adhesión al tratamiento por falta de comprensión, con los consiguientes fallos y lagunas.
- Visibilizar una realidad cambiante en cuanto a nuevos perfiles de pacientes con motivo de los flujos migratorios que forman parte del cupo de pacientes de nuestro sector sanitario.
- Gesto solidario hacia colectivos más frágiles que por sí mismos no tienen capacidad para traducir los datos que se les facilita desde el sistema, y utilizan para ello vías incorrectas que provocan errores en la información y en consecuencia, en su aplicación.
- Garantizar que el grueso de pacientes va a recibir una información clara, precisa, objetiva, actualizada y en su lengua materna, con una traducción oficial.
- Romper las interferencias en la comunicación de instrucciones y consejos entre paciente pediátrico (y su familia/ contexto) y facultativo (sistema sanitario).
- Facilitar al resto de profesionales sanitarios una herramienta muy útil para difundir entre sus pacientes, dado que va a quedar disponible en la intranet del Sector Sanitario Teruel.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se pretende crear un documento en castellano que contenga la información básica que debe recibir un paciente celíaco en el momento del diagnóstico, y que contenga la siguiente información:

- Definición y concepto de celiaquía.
- Formas de diagnóstico en edad pediátrica.
- Seguimiento, enfermedades asociadas y complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Lista de alimentos con gluten y sus diferentes formas de presentación.
- Alimentos sin gluten. Explicación sobre los principales logotipos que hacen referencia a que un producto está libre de gluten.
- Contaminación cruzada y como evitarla.

Se traducirá este texto a los idiomas correspondientes a las etnias más prevalentes en el sector: árabe, rumano, urdu e inglés (idioma internacional).

Este documento estará accesible en la intranet del sector, y se pondrá especialmente a disposición de:

- Pacientes celíacos y sus familias, adaptando el idioma del texto al que mejor dominen.
- Pediatras de atención primaria y de Hospital que controlen pacientes celíacos.
- Equipo de Orientación Psicospedagógico de Educación Infantil y Primaria que corresponde a nuestro sector.
- Asociaciones de salud vinculadas a la celiaquía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se hará un recuento del número de pacientes que reciben este texto en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Obispo Polanco. Se contabilizarán fundamentalmente los pacientes con mal control actual de su enfermedad y nuevos diagnósticos.
- Se comprobará la evolución (mediante marcadores clínicos y analíticos) de aquellos pacientes con mal entendimiento del castellano, que hasta ahora han llevado un mal control de su enfermedad.
- Se comprobará la evolución clínica y analítica de aquellos pacientes de nuevo diagnóstico.
- Se realizará una breve encuesta de satisfacción a los pacientes que reciban la información en lengua extranjera.

Proyecto: 2019_0031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realizar el texto en Febrero 2019.

Traducción del texto en castellano a los idiomas propuestos (Marzo-Abril 2019).

Posteriormente se comenzará a repartir la información y recoger indicadores para monitorizar el rendimiento del proyecto mediante los indicadores descritos

9. RECURSOS NECESARIOS.

Revisión de la información actualizada y accesible sobre celiacía (a realizar por el responsable del proyecto y el resto de facultativos).

A través de la Trabajadora Social del Hospital Obispo Polanco, se contactará con la asesora de inmigración del Gobierno de Aragón quién se encargará de que se lleve a cabo la traducción literal por parte de un traductor oficial (Gobierno de Aragón, Dirección General de Igualdad y Familias, Dpto. de Ciudadanía y Derechos Sociales).

10. OBSERVACIONES.

Si el proyecto es efectivo, podría extenderse a otros sectores sanitarios en un futuro.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cuidados en pediatría

Proyecto: 2019_0179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO (RN) PARA PADRES

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADAN LANCETA VICTOR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERRERO CRESPO MARIA ELENA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. PEDIATRIA
· CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. PEDIATRIA
· VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· ARMENGOD MARZO MARIA JOSE. MATRONA. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· COSCOLLAR ESCARTIN IRENE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· AREVALO MARTINEZ INMACULADA. MEDICO/A. CS RINCON DE ADEMUZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el primer mes de vida de un RN suceden cambios normales y que no suponen un riesgo para el bebé. Sin embargo, en ocasiones, estos cambios y otros aspectos de RN como los cuidados básicos, generan ansiedad y preocupación en los padres. Esto tiene como consecuencia un número elevado consultas en el servicio de urgencias y en los CS por aspectos relacionados con los cuidados y aspectos básicos del RN durante el primer mes de vida.

A pesar de realizar una cuidadosa exposición verbal a los padres en la consulta prenatal realizada previamente al parto y durante el ingreso en maternidad las primeras 48 horas de vida del RN donde además se resuelven las dudas inmediatas, son momentos en los que la emoción por el nacimiento de un hijo y, el desconocimiento de todo lo que sucederá después hacen que la información transmitida de forma verbal y las dudas consultadas sean insuficientes y probablemente olvidadas posteriormente.

Para intentar mejorar la situación descrita se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto es explicar y resolver por escrito todas las dudas que pueden surgir a los padres durante el primer mes de vida de su hijo. De esta forma se pretende disminuir la ansiedad familiar relacionada con los cuidados básicos del recién nacido y los cambios que se pueden observar en el mismo durante la época neonatal. Los padres pueden realizar una lectura del manual durante el ingreso en maternidad y resolver las dudas pertinentes con el personal médico y una vez en domicilio pueden recurrir al manual para comprobar si los cambios que está realizando su bebé se encuentran dentro de la normalidad o por el contrario debe ser atendido por un servicio de urgencias. De este modo, el objetivo secundario es conseguir un uso más racional del servicio de urgencias y de las consultas de pediatría, siendo precisada atención médica solo en los casos en los que se encuentren signos de alarma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para lograr los objetivos se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

Previamente a la realización del manual se recogerán los motivos de consulta más frecuentes en urgencias o en el centro de salud relacionados con aspectos del cuidado y desarrollo del bebé durante el primer mes de vida, así como los que producen más preocupación familiar. Para ello se propone establecer comunicación entre todos los profesionales que atienden recién nacidos, como miembros del servicio de Maternidad y de Pediatría del hospital, pediatras y matronas del Centro de Salud del Sector Teruel y personal del Servicio de Urgencias, para obtener los motivos de consulta más frecuentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores para monitorizar el proyecto se basarán en la mejoría en la preocupación y ansiedad familiar en el contexto explicado de los cambios que se producen durante el primer mes de vida en el recién nacido. Se observará este indicador valorando el descenso de consultas en pediatría o en urgencias hospitalarias y del centro de salud por dichos aspectos del recién nacido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se explorará inicialmente las dudas más importantes y que puedan generar más preocupación a los padres de recién nacidos ingresados en planta de maternidad y se realizará una búsqueda de los motivos más frecuentes de visitas al servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y a los Centros de Salud. Posteriormente se elaborará por parte de los Pediatras miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco y Pediatras de Atención Primaria de los Centros de Salud del Sector Teruel un manual de cuidados básicos del recién nacido atendiendo a estas recomendaciones. Para terminar se comprobará la eficacia de dicho manual en cuanto a disminuir la

Proyecto: 2019_0179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO (RN) PARA PADRES

ansiedad y preocupación familiar y por tanto las consultas en Servicios de Urgencias y Centros de Salud por motivos de cuidados básicos y cambios dentro de la normalidad en los recién nacidos durante el primer mes de vida.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para llevar a cabo el proyecto se necesitan recursos humanos y materiales. Como recursos humanos se precisa de especialistas que elaboren el manual de cuidados básicos del recién nacido para padres. En cuanto a los recursos materiales es necesario un equipo informático para elaborar el manual en formato electrónico y posteriormente proceder a su impresión.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANAL DE TELEVISION CON VIDEOS INFORMATIVOS PARA PADRES DURANTE ESTANCIA EN SERVICIO DE MATERNIDAD

2. RESPONSABLE SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• GIL MELGOSA LIGIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• COLECHA MORALES MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CAMPOS PEREZ MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CEBRIAN CLEMENTE CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La lactancia materna y el cuidado del recién nacido pueden suponer un desafío para los padres en los primeros días después del parto. Es necesario ofrecer una información unánime, clara, concisa y adecuada a los padres durante su estancia en el servicio de maternidad, acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna y cuidados maternos. En ocasiones el tiempo para informar es limitado, pudiendo existir conceptos que no queden claros y no existir unidad en la información recibida por parte de los diferentes profesionales sanitarios. Es fundamental unificar criterios e información ofrecida por parte del personal sanitario (enfermeras, matronas, ginecólogos y pediatras).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto de calidad busca ofrecer un canal de televisión que emita videos informativos sobre diversos aspectos perinatales (cuidados maternos tras el parto, lactancia materna, cuidado del recién nacido, recomendaciones domiciliarias, etc.) en las habitaciones del Servicio de Maternidad del Hospital Obispo Polanco. Los videos serán realizados por los propios profesionales del centro, en las habitaciones del servicio de Maternidad del Hospital Obispo Polanco.

Los objetivos son:

- Ofrecer videos informativos mediante un canal de televisión de manera continuada acerca de aspectos relevantes del cuidado perinatal tanto materno como del recién nacido.
- Permitir a los padres afianzar explicaciones e información ofrecida durante la visita médica mediante videos informativos.
- Unificar criterios en la información ofrecida por los diferentes profesionales sanitarios (matronas, enfermeras, ginecólogos y pediatras) durante la estancia en la unidad de Maternidad de Hospital Obispo Polanco.
- Actualización de profesionales sanitarios en aspectos informativos perinatales.
- Mejorar la comunicación y la relación médico-paciente así como solventar posibles dudas que puedan surgir durante la estancia en Maternidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Este proyecto se ha consensuado con los Servicios de Pediatría, Servicio de Ginecología y Obstetricia y Servicio de Maternidad.

Para su realización se realizaran pequeños videos informativos sobre diferentes temas de interés perinatal de unos 5-10 minutos de duración con una duración total aproximada de hora y media.

A través de un programa informático, este video final será reproducido en un servidor central conectado a un cable de antena permitiendo la emisión del mismo, en un canal determinado de cada televisión de las habitaciones de Maternidad.

El video se emitirá en 2 ocasiones de manera ininterrumpida en el canal adjudicado durante un periodo de 3 horas por la mañana (10:00 h- 13:00 h). La emisión será completamente gratuita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Días de emisión de video en canal adjudicado/ días laborables: Estándar 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Grabación de los videos informativos por parte de los profesionales sanitarios implicados. Periodo Marzo-Abril 2019.

Creación de un video informativo de hora y media a partir de las grabaciones realizadas. Abril 2019.

Emisión en canal adjudicado de video informativo. De lunes a sábado en horario de 10:00 a 13:00 horas. Mayo 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo tecnológico

Proyecto: 2019_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANAL DE TELEVISION CON VIDEOS INFORMATIVOS PARA PADRES DURANTE ESTANCIA EN SERVICIO DE MATERNIDAD

- Cámara de vídeo.
- Programa de edición de vídeos para ordenador.
- Reproductor de vídeo.
- Cable de antena.
- Televisores de planta de Maternidad.
- Ordenador con conexión a cable de antena

Equipo humano

- Profesionales sanitarios implicados en la realización de vídeo.
- Personal informático para conectar reproductor de vídeo original con televisores.
- Personal administrativo encargado de iniciar proyección de vídeo informativo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

2. RESPONSABLE ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· FERNANDEZ CAZORLA ESTHER. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· VICENTE MONFORTE PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· YUSTE MARTIN AMPARO. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MAICAS PEREZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. PEDIATRIA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los criterios para el alta hospitalaria del recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia en proporcionar los cuidados necesarios en el domicilio, así como garantizar el acceso a los recursos del sistema de salud. La duración de la estancia hospitalaria del binomio madre-Recién nacido ha disminuido progresivamente en las últimas décadas. En la actualidad, en nuestro centro, lo habitual es una estancia hospitalaria del recién nacido sano, nacido por parto vaginal o cesárea, de al menos 48 horas, período que nos permite objetivar la estabilidad fisiológica del recién nacido, su capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal y realizar los cuidados y recomendaciones para el cuidado del recién nacido en su domicilio. La tendencia actual a realizar altas hospitalarias tras las primeras 48 horas de vida hace que debamos garantizar el control y seguimiento en las siguientes 48-72 horas con el fin de poder detectar signos de alarma o dificultades que puedan aparecer. Los principales problemas detectados serán hiperbilirrubinemia, dificultades en la alimentación, pérdida ponderal con deshidratación hipernatrémica y sepsis. En nuestro medio, los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal serán: primer hijo, cesárea, complicaciones maternas durante el parto, lactancia materna exclusiva al alta, prematuridad tardía, bajo peso o gemelaridad. Además, nuestro medio tiene varias peculiaridades como distancia al medio hospitalario, población inmigrante, plazas de pediatría de atención primaria no cubiertas por personal con la especialidad homologada, dificultades para conseguir primer control al alta en las primeras 48-72 horas, que dificultan el correcto control y seguimiento que se le debe proporcionar al binomio madre - Recién nacido al alta hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se propone la creación de una consulta de seguimiento del recién nacido de riesgo que garantice su control y seguimiento en las siguientes 24-48 horas tras el alta hospitalaria.
Población diana: Se podrá beneficiar de este seguimiento todo recién nacido en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, dado de alta del servicio de maternidad y que se considere que es preciso un control en las siguientes 24 - 48 horas tras el alta. Será considerado Recién nacido de riesgo:

- Prematuro tardío
- Riesgo de hiperbilirrubinemia grave
- Pérdida ponderal > 10% en recién nacido a término o > 7% en recién nacido pretérmino
- Bajo Peso. CIR. PEG
- Lactancia materna exclusiva no instaurada al alta. Dificultades en la succión.
- Riesgo infeccioso
- Familia con dificultades en el manejo de las necesidades básicas del recién nacido.
- Distocia social
- Dificultades en el correcto control del recién nacido por carecer de consulta de atención primaria en los siguientes días tras el alta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Al alta del Servicio de Maternidad, el pediatra entregará un informe de alta en el que conste día y hora de la cita. La revisión del recién nacido se realizará en planta de pediatría, en horario de mañana, por el personal (TCAE, enfermería y pediatra) encargado en ese momento. En esa misma sala, o en la sala de lactancia adyacente, se puede ofrecer a la madre realizar una toma de pecho para comprobar la correcta realización y poder corregir los posibles problemas detectados.

Durante la valoración, se constatará en la base de datos:

- Motivo de consulta
- Centro de Salud al que pertenecen. Localidad de residencia.
- Tipo de Parto
- Tipo de alimentación
- Edad de La madre. Primípara o Multípara
- Procedimientos realizados
- Diagnóstico
- Destino: nueva cita, ingreso hospitalario, alta y control en atención primaria

Proyecto: 2019_0294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores a valorar serán:

- ¿Porcentaje de niños dados de alta de maternidad citados en consulta de recién nacido?
- Valorar relación entre cita en consulta del Recién nacido y tipo de lactancia o modalidad de parto.
- Motivo de consulta
- Porcentaje de recién nacidos valorados está con lactancia materna exclusiva
- % de recién nacidos valorados que precisa nueva cita y que precisa ingreso hospitalario.
- De los niños que precisan ingreso hospitalario, ¿cuál es el motivo de ingreso?
- Grado de satisfacción de la familia

Así valoramos la necesidad de seguimiento del recién nacido considerado de riesgo en las primeras 24-48 horas tras el alta y cómo ha sido el funcionamiento de nuestra propuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero-Abril 2019: Información al Servicio de pediatría del funcionamiento de la consulta. Realizar base de datos para recogida de información

Mayo 2019: Inicio de recogida de datos y desarrollo de la actividad

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RECIÉN NACIDO DE RIESGO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE VICTOR ADAN LANCETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· BENITO COSTEY SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· LOPEZ MAS CLARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· TERRADO PLUMED CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco se realiza la asistencia del paciente pediátrico entre los residentes que se encuentran rotando o desempeñando guardias, Médicos de Familia y Pediatras. Tras la resolución del acto clínico se dan de forma verbal una serie de indicaciones, en cuanto a la patología que sufre el paciente, los cuidados generales y tratamiento del mismo y signos de alarma a vigilar, que pretenden educar y motivar para la adherencia terapéutica y asegurar la toma de precauciones a los padres o acompañantes del menor. Debido a que, en ocasiones, el tiempo es escaso no es posible comprobar la asimilación de la información de forma completa. En otras ocasiones, el acompañante del niño no es ninguno de los progenitores por lo que al no ser el cuidador principal el obstáculo para que la información se transmita de forma completa es mayor. Una de las técnicas para informar y educar a la familia es facilitar la información por escrito. De esta manera facilitamos la asimilación de la información. Se pretende actualizar y ampliar el conjunto de hojas de recomendaciones pediátricas del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco con información de la naturaleza del problema, cuidados generales, evolución previsible o pronóstico y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes. El objetivo no es eliminar la información verbal del acto clínico sino dotar de una herramienta a los padres donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. De esta manera facilitaremos el manejo de la enfermedad en domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar las técnicas de información a familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en Urgencias Pediátricas.
- Informar de manera sistemática y adaptada al paciente y sus familiares o acompañantes sobre la naturaleza del problema, pronóstico previsible, cuidados generales y signos de alarma por los que acudir nuevamente a Urgencias disminuyendo de forma secundaria las reconsultas no necesarias.
- Detectar de forma temprana las complicaciones de los principales motivos de consulta pediátricos al informar de los signos de alarma a vigilar.
- Homogeneizar la información proporcionada propiciando un clima de confianza y satisfacción en los padres hacia el servicio de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Actualización o creación de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en el servicio de Urgencias que serán entregadas y explicadas en el momento del alta del paciente.
- Presentación del conjunto de hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias como nueva herramienta de apoyo.
- Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante dos meses y evolución posterior de estos niños.
- Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Registro aleatorio de diferentes motivos de consulta/patologías durante 2 meses (por lo menos 10 pacientes de cada una) y seguimiento durante el mes siguiente para objetivar reconsultas e ingresos.
2. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes aleatorizados. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)
3. Uso de las hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias.
4. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019-Abril 2019: Redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital obispo Polanco.
- Mayo 2019: Sesión en el Servicio de Urgencias del conjunto de hojas de información, objetivos de las mismas e indicadores de calidad.

Proyecto: 2019_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- A partir de Mayo de 2019: entrega de estas hojas informativas a los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada.
- A partir de Octubre de 2019: Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realización de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesaria la colaboración del Servicio de Urgencias y del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Pediatría en Urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION NEONATAL 2019: INCLUSION DE INFORMES NEOSOFT EN HPDOCTOR Y OTRAS MEDIDAS DE MEJORA

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARROTE MATA ANA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• BENITO COSTEY SILVIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• MARTIN MARTIN CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• PEREZ BAREA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• MOZAS MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
• MINGUEZ LINARES SUSANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- El manejo adecuado de la patología perinatal es de vital importancia para evitar morbilidad y/o mortalidad en el recién nacido o en la gestante. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.
- El adecuado registro de nuestra asistencia mejora la transmisión de información y posibilidad de evaluación continuada.
- En la actualidad el informe de alta de recién nacido se encuentra en una base de datos en la red hospitalaria, pero no es accesible a través de la historia electrónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Continuar con la formación continuada del personal sanitario implicado en la atención durante el parto y primeros días de vida del neonato.
- Inicio de sesiones conjuntas pediatría-maternidad-personal de paritorio, donde se expondrán temas de interés común. Sesiones serán impartidos por médicos/enfermería /TCAEs, favoreciendo la comunicación entre servicios y categorías profesionales y buscando puntos de mejora.
- Realización de curso de RCP neonatal.
- Inclusión en la historia clínica electrónica del informe de alta del recién nacido a través del programa HP doctor. Esto permitirá que los pediatras de Atención Primaria y otros profesionales implicados en la asistencia del niño puedan consultar dicho informe, aunque padres no dispongan de la copia en papel (que actualmente se les ofrece al alta).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesiones conjuntas Pediatría -Maternidad - Personal de paritorio, de periodicidad mensual-bimensual. Se anunciarán a través del portal de formación continuada y a través de los supervisores/jefes de servicio. A través de la Comisión de Perinatal, se ha realizado un sondeo con los temas más controvertidos/de más interés para el personal implicado y serán impartidos por FEAs, enfermeras o TCAE (según tema tratado).
- Realización de taller práctico de RCP neonatal y cuidados postreanimación, durante el primer semestre del año.
- Inclusión en la historia electrónica del informe de alta de recién nacido, a través de impresión y transferencia de datos/redacción de informe en HP doctor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Registro y seguimiento de las sesiones conjuntas impartidas en el hospital Obispo Polanco.
- Registro de firmas y asistencias del curso de RCP impartido por los pediatras del Hospital.
- Registro de informes de recién nacidos en HP doctor.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Sesiones conjuntas: se realizarán a lo largo de 2019, salvo en periodo vacacional (junio-agosto) y diciembre.
- Realización de curso de RCP durante el primer semestre del año.
- Inclusión del informe de alta en cuanto se apruebe en el Comité de Perinatal.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Sesiones: ordenador, proyector, material obstétrico para prácticas, sala de proyección.
- Curso de RCP: material de prácticas: modelos de recién nacido, cuna térmica, material fungible de reanimación, tablas de medicación, bolsa autoinflable, laringoscopio, fonendoscopio, entre otros. Ordenador, proyector y sala de proyección.
- Inclusión de informe de alta en historia clínica.

Proyecto: 2019_0451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION NEONATAL 2019: INCLUSION DE INFORMES NEOSOFT EN HPDOCTOR Y OTRAS MEDIDAS DE MEJORA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

2. RESPONSABLE IRENE IZQUIERDO FORTEA
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H OBISPO POLANCO
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARTIN RUIZ NURIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - MARTINEZ FERRANDO CONSUELO. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - FERNANDEZ VIÑADO DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - CORELLA HERNANDEZ ELENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - TERRADO PLUMED CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - MINGUEZ LINARES SUSANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - AVILES ABRIL BELEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hospitalización infantil es una circunstancia que implica ansiedad, temor y estrés. El hospital resulta ser para los niños un entorno extraño, con procedimientos dolorosos, personas desconocidas, normas nuevas, información que no comprenden...

Con el proyecto "Nosotr@s también hemos sido niñ@s" se pretende ofrecer distracción y juego durante su estancia, ayudando al niño y a su familia a una mejor adaptación al entorno hospitalario.

También se pretende potenciar las interrelaciones del niño con el personal sanitario.

El juego terapéutico ofrece distracción y no se relaciona con la enfermedad y a través de éste, también se fortalecen las relaciones familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Humanización de la hospitalización pediátrica a través de técnicas de juego terapia con fotografías del personal sanitario en edad infantil.
- Mejorar la interrelación de los niños con el personal sanitario, ofreciendo una visión humana del personal sanitario.
- Juego terapia en forma de fotografías del personal sanitario en edad infantil, en la que los niños juegan a identificar a cada profesional con su foto infantil mostrada en el mural a través de pistas que les ofrecemos.
- Provocar un impacto positivo durante la estancia hospitalaria.
- Promover la mejora de las relaciones entre el personal mediante el trabajo en equipo.
- Ofrecer una asistencia sanitaria de máxima calidad.
- Minimizar secuelas negativas provocadas por la estancia hospitalaria.
- Promover el juego en los niños ingresados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Redacción y entrega de acuerdo de cesión de imagen del personal del servicio de Pediatría.
- Recogida y posterior maquetación de fotografías donadas por el personal que trabaja en Pediatría y elaboración de mural, bajo los controles de seguridad exigidos en un centro sanitario.
- Valoración de satisfacción de pacientes, sus familias y personal sanitario, a través de encuestas anónimas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuesta de satisfacción a familiares y pacientes al alta hospitalaria. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión sobre la nueva imagen del servicio de Pediatría a familiares y pacientes. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión a personal sanitario del Hospital Obispo Polanco. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Los trabajos se realizarán durante el año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Fotografías plastificadas.
- "Goma eva" de distintos colores, libre de látex, ftalatos y acetofenona.
- Base de mural de PVC.
- Cinta adhesiva de doble cara.
- Colores a la cera y rotuladores de tinta indeleble.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES
INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN
HEMOS SIDO NIÑ@S"**

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología pediátrica general
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0947 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión PSIQUIATRA
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· LATORRE FORCEN PATRICIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· RESANO JUANA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· VAL CLAU MARIA JOSE. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GRACIA BERTOLIN LAURA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· VIVES HIDALGO ERIC. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y su prevención escasamente protocolizada de forma general. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso administrativo hasta su valoración según niveles de riesgo por salud mental. La realización de un protocolo de prevención y atención al paciente con riesgo suicida, facilitaría la atención coordinada por parte de los diferentes profesionales que atienden al paciente, minimizando los riesgos. A su vez un servicio protocolizado y con niveles de alerta, aportaría seguridad al personal que no atiende de forma habitual a pacientes con esta problemática, al mismo paciente y a sus familias. La realización de este protocolo y actuación coordinada y efectiva de los profesionales, facilitaría el inicio de acciones preventivas y lo que es más importante, permitiría la identificación de casos y que el paciente se beneficie de tratamiento médico y psicológico adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad desde su valoración en servicio de urgencias hasta su ingreso en planta del Hospital Obispo Polanco.
- Mejorar la coordinación en la asistencia especializada en psiquiatría con el servicio de urgencias y plantas médicas, en caso de intentos de autolisis con especial repercusión médica a través de actividades de enlace e interconsulta realizado desde el servicio de psiquiatría.
- Mejorar la gestión y minimización de los riesgos asociados a conducta suicida durante el periodo de ingreso en el hospital.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Mejorar la gestión de los aspectos relativos a la seguridad del paciente.
- Aumento de la confianza del equipo a través de protocolo específico disponible que facilite la gestión de posibles contingencias.
- Adecuación de las instalaciones hospitalarias a las necesidades asistenciales con la finalidad de minimizar los riesgos de conducta suicida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales que discrimine entre riesgo leve, moderado o grave de suicidio.
Realización de reuniones de trabajo para compartir experiencias, discutir, elaborar y adecuar el protocolo al medio concreto de nuestro hospital.
Informar del protocolo desde urgenciólogos a médicos especialistas de planta médica y personal de salud mental a través de sesiones informativas.
Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos para la elaboración del protocolo de prevención y actuación ante riesgo suicida.
Iniciar supervisión y seguimiento de casos para valorar la ejecución adecuada del protocolo.
Informar de los resultados obtenidos con vistas a mejorar la consecución de resultados de calidad en la atención, según protocolo planteado.
Evaluar y replantear modificaciones del protocolo tras la operativización del mismo con vistas a minimizar riesgos observados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% Pacientes cuyo grado de alerta de riesgo suicida se monitoriza correctamente en el primer contacto desde el servicio de urgencias: 95%
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta médica y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (80%)
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta de psiquiatría y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (90%)
Que tras la cumplimentación adecuada del protocolo no aparezcan conductas adversas (nuevos gestos o intentos autolíticos, fugas...) <5%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0947 (Acuerdos de Gestión)**

PROCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

Comienzo de sistema de recogida de documentación y realización de reuniones de trabajo (mayo, junio, septiembre y octubre de 2019) así como trabajo en red.
Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo suicida a lo largo del mes de abril- mayo.
Consecución del protocolo en diciembre 2019.
Informar del programa a médicos de urgencias y especialidad del Hospital Obispo Polanco así como a la red de psiquiatría de atención a urgencias, a lo largo del mes de noviembre de 2019.
Seguimiento de casos, elegidos al azar entre pacientes con riesgo suicida y ubicados en box de urgencias, planta médica o unidad de psiquiatría para valorar la cumplimentación del protocolo (diciembre a marzo del 2020)
Fin de recogida de datos el 30 de marzo de 2020.
Valoración de posibles modificaciones del protocolo según resultados obtenidos (marzo -abril 2020)
Publicación del protocolo en la intranet del Hospital Obispo Polanco en mayo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Humanos, informáticos y

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0008 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD: OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN MELENDEZ VILLANUEVA
• Profesión TCAE
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SORIANO BARRERA BEATRIZ. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• ESLAVA ESLAVA CELIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• ESTEBAN PANERO MARTA ALICIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• LICER LOPEZ MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• HERMOSILLA ROBLES CRISTINA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
• TOLOS MARIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Resulta relativamente frecuente en quirófano la apertura en exceso de coberturas quirúrgicas, en una cantidad por encima de la estrictamente necesaria, lo que causa no solo un sobre coste innecesario y un aumento de la gestión de residuos, sino también un aumento de la duración del tiempo quirúrgico perioperatorio. Con este proyecto pretendemos protocolizar para todo el personal de la unidad el uso de las coberturas, lo que redundará en una optimización del tiempo y de los recursos.

La existencia de este protocolo será especialmente beneficiosa para el personal nuevo o temporal, eliminando dudas y posibles errores en el uso de coberturas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la calidad asistencial en quirófano mediante las siguientes acciones:

- 1º) Reducir el coste económico o eliminar gasto innecesario.
- 2º) Reducir los tiempos quirúrgicos.
- 3º) Mejorar la coordinación en este campo.
- 4º) Asegurar que la cobertura mantiene las características físicas adecuadas.
- 5º) Realizar un recuento del número total de pacientes que, por cualquier motivo y desde cualquier especialidad, pasan por quirófano, mejorando así los datos y dándoles mayor visibilidad.
- 6º) Mejorar la estimación de existencias de cobertura que debe haber en almacén.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actualmente, para el stockage de coberturas en almacén, se realiza una estimación quincenal. A esta práctica actual, que debería unirse al protocolo, deberían añadirse otras:

- Guía de utilización de la cobertura para cada intervención concreta.
- Plano de localización de la cobertura en el almacén de área.
- Correcta señalización, rotulación y orden de las cajas contenedoras por fechas de consumo/caducidad y especialidad y/o tipo de intervención.
- Formación continuada en el uso de coberturas para todo el personal quirúrgico mediante sesiones y cursos, así como formación individualizada para el personal temporal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Check-List con hojas de verificación de:

- Fecha y turno
- Tipo de intervención.
- Tipo de cobertura.
- Fecha de caducidad.
- Adecuación o no de la cobertura utilizada y causas en caso de inadecuación.

Una vez implantado el protocolo, realizar comparativa de costes de compra de coberturas por trimestres o anualidades completas en relación a las anteriores a su implantación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fechas de inicio y fin de implantación del proyecto: primer trimestre 2019 a último trimestre 2019.

Reuniones de seguimiento:

?periódicas: una por trimestre

?extraordinarias: a demanda o cuando se incorpore nuevo personal (de forma conjunta o individual)

Informe final con análisis de cumplimiento de objetivos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal cualificado para la formación.

Hojas de recogida de datos.

Proyecto: 2019_0008 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD: OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUE PASAN POR QUIRÓFANO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LAS INDICACIONES DE LA RADIOGRAFIA DE URGENCIAS Y ADAPTACION DE LAS MISMAS A NUESTRO CENTRO

2. RESPONSABLE MOHAMED FADEL BLEILA BLEILA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ SANZ GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
• GRAU ORTEGA QUERALT. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
• VILLA BONCASA EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
• MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado un incremento significativo en el número de solicitudes de radiografía de forma rutinaria en general desde el Servicio de Urgencias. Existe una gran variabilidad en la utilización de los procedimientos diagnósticos que no puede ser explicada exclusivamente por las características de los pacientes. Se trata de conseguir un uso razonable de la técnica que puede aportar información en cada caso y ayudar así a orientar el diagnóstico y no del uso innecesario que en muchos casos no aporta ninguna información sino que se hace de forma rutinaria. No es una tarea sencilla pero lograr un uso racional de los recursos disponibles, mejora la calidad asistencial y libera recursos para proveer otros servicios y conseguir así mejor calidad asistencial. El uso inadecuado de las pruebas de imagen, genera una sobrecarga para el Servicio de Radiodiagnóstico y puede provocar en determinados momentos que un paciente con una prueba de imagen solicitada de manera adecuada no pueda beneficiarse de ella, al menos en un tiempo razonable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es identificar las indicaciones necesarias de la radiografía de urgencias en la literatura y adaptarlas a nuestro centro para conseguir un mejor rendimiento de las mismas en cada caso y una mejora cooperación entre los servicios de Radiodiagnóstico y Urgencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los facultativos de ambos servicios realizarán una búsqueda bibliográfica actualizada de las indicaciones de la radiografía de urgencia que puede ayudar a orientar mejor el diagnóstico. Posteriormente planificar reuniones entre ambos servicios discutir el tema e intentarse llegar a un consenso sobre la información recogida, ya que existe la posibilidad de que haya diferencias entre las guías de un servicio y otro. Después de llegar a un consenso se tratara de aplicar las nuevas actualizaciones en nuestro centro, creándose protocolos de actuación. Posteriormente realizar sesiones clínicas a nivel de cada servicio y a nivel hospitalario y colocar carteles en los servicios implicados. para una mayor difusión. Finalmente los residentes de Radiodiagnóstico se encargarán del seguimiento y cumplimiento de estos protocolos, mediante la recogida de datos que se exponen en el siguiente apartado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

A través de la historia clínica electrónica y del sistema informático Indra se recogerá:

Motivo de petición (situación clínica).

Resultado de la exploración física (signos) y datos de laboratorio no referido en la petición.

Resultado de la radiografía: normal, patológica o inespecífica. Se catalogan como resultado "normal" aquellos en los que no se detectó ninguna alteración. Se considera como "patológicos" aquellos que presentan algún hallazgo que confirma la sospecha clínica u otro no sospechoso clínicamente. Se catalogan como "inespecífico" aquellos que presenta algún hallazgo positivo, pero dicho hallazgo no era orientativo de ninguna entidad patológica.

Realización de otras pruebas de imagen adicionales realizadas dentro de las primeras 72 horas, fundamentalmente ecografía o TC .

Evolución del paciente: alta, ingreso en planta de hospitalización, ingreso en UCI, cirugía y traslado a otro centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio del proyecto: 5 de Abril de 2019.

Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2019.

Cronograma de actividades:

- Reunión entre servicios para fijar fechas y objetivos. 2 semana
- Realizar una revisión bibliográfica: 4 semanas.
- Consenso sobre las indicaciones: 4 semanas.
- Elaboración de protocolos: 4 semanas
- Difusión: 2 semanas
- Seguimiento: 12 semanas

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LAS INDICACIONES DE LA RADIOGRAFIA DE URGENCIAS Y ADAPTACION DE LAS MISMAS A NUESTRO CENTRO

Necesidad de dedicar el tiempo destinado a este propósito dentro del horario laboral y de guardias por parte de los facultativos implicados durante los 7 meses que dura el proyecto.
Recursos económicos: los necesarios para la difusión y la colocación de carteles en los servicios implicados.

10. OBSERVACIONES.

Convendría realizar un seguimiento de forma indefinida y seguir los protocolos acordados mediante consenso y realizar revisión u propuesta de mejora que pueda surgir.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLOGICO CON LA COLABORACION ENTRE LOS SERVIDIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE PILAR CATALAN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. LABORATORIO
· ALCAINE ARANDA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· GRACIA POLO SANDRA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· NARANJO SORIANO GEMA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ALQUEZAR PEREZ ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. LABORATORIO
· MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El acceso venoso es una necesidad importante en el cuidado y manejo del paciente oncológico. Además, tanto a lo largo de todo el proceso de tratamiento, como posteriormente en las revisiones programadas, los oncólogos solicitan analíticas de control, así como TC que precisan la punción venosa y/o canalización de una vía venosa periférica. En muchas ocasiones se limita la posibilidad de punción a una sola extremidad con lo que se van sumando factores que dificultan progresivamente la punción y aumentan el número de visitas al hospital si se realiza cada acto en un día independiente.

El número de pacientes oncológicos a los que se le realiza TC con contraste en el Hospital Obispo Polanco ha aumentado exponencialmente en los últimos años, debido al aumento de los diagnósticos clínicos. Durante el primer año y en muchos casos durante segundo año las revisiones post diagnóstico por parte del especialista se programan trimestralmente, distanciándose este periodo en función de la evolución del paciente. La situación actual en el hospital es que los pacientes tienen que acudir en dos momentos distintos para poder completar las pruebas necesarias antes de la visita de revisión; uno para sacarse la analítica y otra para la realización TC y en cada momento se les realiza una punción venosa. Todo ello supone un perjuicio para el paciente porque aumentamos el número de técnicas invasivas que se le realizan y número de veces que tiene que acudir al hospital. También los profesionales deben repetir la misma técnica en dos ocasiones, lo que supone una pérdida de tiempo efectivo de trabajo que podría ser invertido en otro paciente y el núcleo familiar debe acompañar al paciente en diversas ocasiones, lo que supone ausencias de su actividad laboral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la asistencia al paciente oncológico que requiere servicios conjuntos de laboratorio y radiodiagnóstico (realización de un TC con contraste y analítica de control).
Reducir el número de punciones en pacientes oncológicos que suelen mostrar mal acceso vascular post tratamientos.
Simplificar las visitas a los servicios, realizar circuitos más sencillos para los pacientes.
Unificar la técnica de punción inter servicios centrales.
Mejorar la satisfacción del paciente y familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación del grupo de trabajo.
Mediante diversas herramientas de gestión se establecerán el o los circuitos estandarizados, sencillos y fáciles para los pacientes. Se pedirá la colaboración de algún informante clave o paciente que esté inmerso en este circuito de revisiones para saber su opinión y aportación de ideas.
Se establecerá un procedimiento para canalización de vía venosa para la atención al paciente oncológico con arreglo al tipo de análisis o TC que se vaya a realizar.
Implementación en el hospital. Difusión y formación a todos los profesionales implicados.
Comunicación al servicio de oncología que será el que derive al paciente a estas pruebas.
Evaluación del funcionamiento para establecer acciones de mejora si fuera necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Actas del grupo de trabajo: al menos 4
Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas (analítica y TC): Si/No
Elaboración del procedimiento de canalización de vía venosa: Si/NO
Implementación en el hospital mediante sesión de enfermería: al menos 1.
Nº pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológicos a los que se le realizan pruebas *100
Reducción del número de pacientes oncológicos que se realizan la analítica o TC de forma independiente respecto al periodo de 2018
Satisfacción de paciente en relación con la unificación de pruebas: puntuación buena o muy buena

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: primera reunión del grupo de trabajo conjunta
Abril a junio: dinámicas de grupo para conocer la situación y describir los circuitos por los que pasará el paciente y el procedimiento.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1304 (Acuerdos de Gestión)

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLOGICO CON LA COLABORACION ENTRE LOS SERVIDIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNOSTICO

Octubre-Noviembre: implementación y difusión:
Enero-febrero: análisis de los primeros datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos internos de los servicios. Tiempo de los profesionales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA AMBULATORIO PARA LA VALORACION Y ABORDAJE DEL RIESGO AUTOLITICO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· GARCES TRASOBARES ROSA NATIVIDAD. PSICOLOGO/A CLINICO. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· TORRALBA MARCO ROSA MARIA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· PEREZ MAICAS BEATRIZ. ENFERMERO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años, se está produciendo un aumento importante de los suicidios consumados, siendo en la actualidad la principal causa de muerte y de años de vida perdidos (AVP) en jóvenes. En ese grupo de edad, la mortalidad en países desarrollados es muy baja y la detección precoz de las conductas de riesgo autolítico puede contribuir a la prevención eficaz de este problema.

El incremento de la incidencia del suicidio se ha asociado a la mayor prevalencia de patologías como trastornos de personalidad, con predominio de rasgos caracteriales con impulsividad, inestabilidad emocional, dificultades para el manejo de la rabia y la agresividad, vulnerabilidad al estrés y a sucesos vitales negativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Disminución del número de intentos autolíticos registrados durante el segundo semestre de 2019, en pacientes adultos (mínimo de 18 años de edad), atendidos en la Unidad de Salud Mental (USM) de Alcañiz.
-Implantación del programa para la detección y tratamiento de la ideación autolítica en dicha población.

La población diana estará compuesta por pacientes adultos vinculados a recursos de Salud Mental o derivados desde Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospitalarias del Sector de Alcañiz, que precisen una valoración del riesgo autolítico en nuestra USM.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una primera entrevista psiquiátrica (médico psiquiatra) en la que se efectuará una exploración psicopatológica que determine la conducta a seguir (seguimiento ambulatorio médico y/o psicoterapéutico, o derivación para ingreso en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital de referencia). En este momento, cualquier miembro del equipo multidisciplinar de la USM de Alcañiz (Psiquiatría, Psicología o Enfermería) podrá aplicar la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Este instrumento de medida consta de 15 ítems con dos respuestas posibles ("Sí" o "No"), cada respuesta afirmativa suma un punto, oscilando la puntuación total entre 0 y 15 puntos, siendo mayor el riesgo suicida a mayor número de puntos alcanzados. Se obtendrá así la primera puntuación basal o pre-tratamiento, que debe ser igual o superior a 6 puntos para incluir al paciente en el programa.

Posteriormente, en los casos en los que sea factible un abordaje ambulatorio, se concertarán citas sucesivas de seguimiento con el terapeuta de referencia (psiquiatría o psicología), en las que se desarrollará el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico que se considere oportuno, en función de las características clínicas individuales de cada paciente, durante un periodo temporal mínimo e ininterrumpido de 6 meses.

Finalizada esta primera etapa, un miembro del equipo multidisciplinar de la Unidad administrará la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, para obtener la puntuación post-tratamiento, que en los casos de mejoría psicopatológica será inferior a la obtenida en el momento basal. Los pacientes que lo deseen o se recomiende desde el criterio médico, continuarán su seguimiento en nuestro recurso, aunque no se cuantificarán los cambios clínicos fuera del periodo de evaluación establecido.

La asistencia se prestará dentro del horario habitual de consultas de la USM Alcañiz (8:00h. a 15:00h., de lunes a viernes), reservando dos horas semanales para la coordinación con el Equipo y discusión de los casos complejos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de los pacientes adultos valorados con riesgo autolítico en la Unidad de Salud Mental de Alcañiz que se adhieren al programa (Esperable: Mínimo de 50%).
- Porcentaje de intentos autolíticos llevados a cabo por los pacientes vinculados al programa durante los primeros seis meses de seguimiento en la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (Esperable: <30%).
- Diferencia entre la puntuación pre y post-tratamiento obtenida en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Esperable: Disminución mínima de 2 puntos).

Fuente de datos: Información recogida en la Historia Clínica de Salud Mental y en la Historia Clínica Electrónica del S. Aragonés de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA AMBULATORIO PARA LA VALORACION Y ABORDAJE DEL RIESGO AUTOLITICO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

- Mayo de 2019: Entrenamiento del Equipo de Salud Mental en la aplicación del programa.
- Junio-Diciembre de 2019: Implementación y desarrollo del programa de calidad descrito en la USM de Alcañiz.
- Enero de 2020: Análisis de resultados y elaboración de la memoria final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesitará la colaboración del personal sanitario de la USM de Alcañiz (Psiquiatría, Psicología y Enfermería) y la disponibilidad en formato papel de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

10. OBSERVACIONES.

En un futuro, también consideramos necesario incluir herramientas o protocolos de evaluación del riesgo suicida integrados en la historia clínica electrónica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE MARIA INMACULADA ALBESA BENAVENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- CALLAU ESCUER JOSE. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- APARICIO LORAN ARMANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ ESTERUELAS REYES. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- RIQUELME TORRESANO PILAR. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EN NUESTRO SECTOR HAY CARENCIA DE ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA Y HAY LISTAS DE ESPERA MUY DILATADAS. ESTAS LISTAS SE VEN INCREMENTADAS POR UNA DEMANDA QUE PUEDE SER FILTRADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA SI SE DISPONE DE DERMATOSCOPIO. LA DERMATOSCOPIA SUPONE EL PASO INTERMEDIO ENTRE LA IMAGEN CLÍNICA MACROSCÓPICA Y LA HISTOLÓGICA MICROSCÓPICA.. LA DERMATOSCOPIA ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA Y PARA OTRAS LESIONES PIGMENTADAS, AUNQUE ÚLTIMAMENTE TAMBIÉN PARA NO PIGMENTADAS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

FORMACIÓN EN EL USO DEL DERMATOSCOPIO. ADQUISICIÓN DE DESTREZAS EN LA DIFERENCIACIÓN DE PATRONES DERMATOSCÓPICOS. USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO (ALGORITMOS) PARA MEJORAR LAS DERIVACIONES AL ESPECIALISTA. DISMINUCIÓN DE LISTA DE ESPERA EN DERMATOLOGÍA. OPTIMIZAR LA DERIVACIÓN A LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN A.P. POSIBILIDAD DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE TELEDERMATOLOGÍA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

REALIZACIÓN DE CUATRO TALLERES DE DERMATOSCOPIA CON COLABORACIÓN DE ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (SESIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD CON ACREDITACIÓN POR PARTE DE FORMACIÓN), UNO POR SEMANA, DE UNA HORA DE DURACIÓN PARA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON DISPONIBILIDAD DE DERMATOSCOPIO. LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZARÁ EN CUANTO SE DISPONGA DE DERMATOSCOPIO Y SE EVALUARÁ AL CABO DE UN AÑO. ACTUALMENTE ESTE CENTRO YA DISPONE DE UN DERMATOSCOPIO DERMLITE DL100

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

NÚMERO DE BIOPSIAS REALIZADAS/NÚMERO DE VALORACIONES
NÚMERO DE DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA/NÚMERO DE VALORACIONES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CUATRO SESIONES CLÍNICAS EN DOS MESES, IMPARTIDAS POR ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA.
PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DURANTE UN AÑO.
EVALUACIÓN DEL MISMO AL FINAL DE DICHO PERIODO

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

ESTE PROYECTO FUE PRESENTADO EL AÑO PASADO PERO NO PUDO IMPLEMENTARSE POR CARECER DE DERMATOSCOPIO. YA DISPONEMOS DE UNO PARA TODO EN CENTRO.
SE HA AÑADIDO UN OBJETIVO NUEVO. SE HAN CAMBIADO LOS INDICADORES Y SE HAN INCORPORADO NUEVOS COMPONENTES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

URGENCIAS EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GAN GARGALLO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PIRVULESCU MARIANA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ ARRIAZU SIXTO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• BLASCO ANENTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• MATTEW MATTENET GIOVANNA YVONNE. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• ARVELO PLASENCIA MARIA DAVINIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El inicio de esta actividad surgió a petición del Colegio San Valero (Escolapios) de Alcañiz en que los profesores mostraban mucho interés en como atender ciertas situaciones de emergencias en el centro escolar. Cada vez más, los alumnos presentan ciertas patologías en que los padres autorizan a la administración de cierta medicación en caso de urgencias (sobre todo adrenalinas autoinyectables y diazepam rectal) y los profesores no saben cómo actuar en estos casos. A raíz que respondimos a su demanda, varios centros escolares han mostrado esa misma preocupación y pensamos que sería una buena actividad comunitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Esta actividad va dirigida a profesores de centros escolares de infantil y primaria de Alcañiz y pueblos que pertenecen a la zona básica de salud. Se va a realizar de forma escalonada durante todo el curso escolar 2018-2019. Aunque se comenzó a realizar a principios del curso, como la finalización es en 2019, solamente se ha incluido en el Acuerdo de Gestión de 2019.

Se pretende mejorar la actuación en situaciones muy concretas como son:

Nociones de RCP básica

Atragantamiento (sobre todo para los monitores de comedor)

Convulsión

Anafilaxia (reconocerla, y cómo administrar el autoinyector de adrenalina)

Hipoglucemia (en casos en que hay niños con diabetes)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad se plantea como taller práctico, con muñecos y con simuladores de autoinyectores y cánulas rectales. Este taller tiene una duración aproximada de 2 horas y está dirigido a grupos muy reducidos para que todos tengan la posibilidad de practicar y plantear sus dudas.

Se comienza con un test de conocimientos previos, que se entrega al alumno y que responde de forma anónima. Por un lado permite que el alumno se sitúe y centre en materia y que posteriormente esté más atento para ver si ha respondido la respuesta correctamente y afianzar conocimientos. Continúa con exposición con videos y sobre muñecos de los conocimientos aprendidos. Práctica por el alumno sobre el muñeco o con los simuladores. Y planteamiento de dudas o cuestiones.

Al final se realiza de nuevo el test entre todos, discutiendo las respuestas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se hace un registro de la asistencia

Los asistentes rellenan al finalizar un cuestionario de satisfacción o no del taller, con sugerencias para la realización en años sucesivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Octubre 2018- Junio 2019 (curso escolar 2018-2019)

9. RECURSOS NECESARIOS.

SE NECESITAN MUÑECOS DE REANIMACION, SIMULADORES DE AUTOINYECTORES ADRENALINA, CANULAS RECTALES, KIT GLUCAGON INYECTABLE

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

URGENCIAS EN LA ESCUELA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. mejorar conocimientos de atención en urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE ALIMENTACION SANA

2. RESPONSABLE CARMEN BURGUES VALERO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Solicitud por parte de la Escuela de Adultos de Alcañiz una colaboración en la formación de los alumnos. Debido a las distintas etnias, edades que acuden a las clases tenían dificultad para tratar la importancia de la alimentación saludable

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Apoyar a la formación recibida en Alimentación saludable.
Incrementar las destrezas en la combinación de alimentos para elaborar menús saludables teniendo en cuenta sus preferencias alimenticias debido a sus creencias religiosas y sus estados sociales y económicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación de la Pirámide de alimentos y su uso en la elaboración de una dieta saludable.
Distribución horaria de las ingestas y los alimentos incluidos en ellas según actividad.
Distinguir el valor energético de los alimentos.
Elaboración de menús y recetas de cocina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de hábitos saludables previa y post intervención.
Encuesta satisfacción escala Likert 1-5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Dos horas lectivas, se realizará la intervención en la escuela de adultos de Alcañiz y en la escuela de adultos de Puigmoreno a los distintos grupos de las escuelas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Pirámide de alimentos
Póster de hábitos saludables
Folletos sobre dieta mediterránea aportados por Salud Pública (SARES)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación para la salud, prevención
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FARINGOAMIGALISTIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE MARIA SIRA TELMO HUESO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. DAP ALCAÑIZ. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· VALLES AGUILAR SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO BALLONGA MARIA PILAR. TCAE. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SORRIBAS MARTI MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CHUMILLAS LINDON RAQUEL. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· RINCON ESTRADA RAFAEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis aguda (FAA) en el adulto es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro medio. La etiología más frecuente es viral. Dentro de la etiología bacteriana, el principal agente responsable es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β-hemolítico del grupo A (EBHGA), causante del 5-15% de los casos. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana y las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TRDA) son necesarias para reducir el sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro, y el aumento de las resistencias.

En 2018, la tasa de consumo de antibióticos en DHD (dosis diaria definida por mil habitantes día) en el Sector Alcañiz es la más alta de Aragón (23,9 DHD vs 17,6 DHD). En el EAP de Alcañiz la DHD es 20,05.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Optimización del uso de antibióticos en FAA estreptocócica en adultos.
2. Elaboración y difusión de un protocolo de actuación e infografía en el EAP Alcañiz.
3. Incorporar la prueba de diagnóstico TRDA en adultos a la práctica habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaborar un protocolo de actuación en FAA estreptocócica en adultos. Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.
2. Elaborar una infografía resumen de consulta rápida. Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.
3. Difusión del protocolo e infografía a todo el EAP. Una médica y una enfermera del proyecto. Marzo y octubre 2019.
4. Envío de datos de seguimiento trimestrales. Realización de cortes trimestrales [marzo (pendiente de disponibilidad), junio, septiembre, diciembre 2019]. Farmacéutica AP y una médica del proyecto.
5. Suministro de los envases de TRDA necesarios. Farmacéutica AP. Marzo 2019.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de FAA estreptocócica (código CIAP R72) en tratamiento con antibióticos de primera elección.
Valor a alcanzar: 60 % (rango 60 -100%) en diciembre 2019 (dato acumulado de 12 meses).
2. Sesiones impartidas en el EAP en 2019.
Valor a alcanzar: 2 sesiones en 2019.
3. Porcentaje de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que asisten a una de las sesiones impartidas en el EAP.
Valor a alcanzar: 70 % (rango 70 -100%) en diciembre 2019.
4. Grado de difusión del protocolo e infografía en el EAP.
Valor a alcanzar: 90 % (rango 90 -100%) en diciembre 2019.
5. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA.
Valor a alcanzar: 80% (rango 80-100%) en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).
6. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA y ha resultado positivo.
Indicador informativo en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se llevará a cabo en 2019 y su finalización está prevista en diciembre 2019. Especificado en el apartado de actividades y oferta del servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo del grupo del proyecto y la farmacéutica de atención primaria.
Envases de TRDA.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FARINGOAMIGALISTIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE MARCELA CECILIA AMESTOY CHIESA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TELMO HUESO MARIA SIRA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• MINGUEZ LACASA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• EGEA ESPADA ROCIO. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• TOMAS BLASCO PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• BURGUES VALERO CARMEN. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado que la cobertura de petición de HBA1C, en pacientes diabéticos, en los últimos seis meses en nuestro centro de salud es mejorable. Este hecho se ha detectado al revisar el cuadro de mandos, donde el indicador de glicada en los últimos 6 meses está en 41,25%, y aunque es el Centro de Salud con más población del Sector, este indicador está lejos del resto de Centros de Salud de más población del mismo Sector. Además, si analizamos el gráfico de control del último año, este % se ha mantenido estable durante todo el año, por lo que podemos afirmar que hay numerosos pacientes que no se realizan dos HBA1C al año, que es el mínimo que recomiendan las guías de práctica clínica. Es cierto que existen pacientes en control por endocrinología cuyos datos de laboratorio no se registran directamente en OMI-AP, pero esto ocurre en todos los centros de salud de nuestro sector y las coberturas son mejores, independientemente del tamaño de los cupos. Las causas pueden ser problemas de coordinación internos del centro, usar poco el cuadro de mando, y sobre todo la inercia clínica, que finalmente se refleja en retraso para tomar medidas terapéuticas cuando el paciente las necesita.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nos marcamos como objetivo el mejorar de forma estable al menos un 5% este indicador hasta diciembre de 2019.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se va a realizar una sesión clínica con las recomendaciones actuales sobre las revisiones de glicada en los diabéticos.
- Se va a revisar con cada enfermera el cuadro de mandos de diabetes. Se propone que en épocas de menos demanda se revise el cuadro de mando anotando en un flash los pacientes controlados en AP a los que les falta la glicada, a modo de recordatorio.
- Formación en el uso de planes personales. Enfermería debe solicitar las analíticas por plan personal, sin necesidad de que los pacientes pasen por la consulta del médico para la solicitud, los resultados deben ser evaluados por el médico y en función de las cifras podrá ser comunicado por médico o enfermera en consulta no presencial o ser citado a consulta si se precisa modificación del tratamiento.
- Se mostrará como registrar en OMI-AP las analíticas de los pacientes controlados por endocrinología, para que, en función de la demanda puedan registrarse al menos la glicada, GFR, albuminuria y lípidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de pacientes diabéticos con dos controles de glicada al año. Valor a alcanzar entre 46%-50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

MARZO 2019: Sesión clínica sobre coordinación médico-enfermera y uso de planes personales.
MAYO-SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE: monitorización y sesión clínica de evaluación de resultados del indicador, tomando acciones de mejora en caso necesario

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

2. RESPONSABLE MICHELOT LAMARRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARCELLER LLIDO DAVID. MIR 1º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON. MIR 3º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· IBÁÑEZ CAÑO ANA. MIR 3º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· ARZA CANDIA NEWTON. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ BARBA INMACULADA. MIR 2º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MATTHEW MATTENET GIOVANNA YVONNE. MIR 4º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La propuesta de esta actividad, surge de los monitores del Grupo Scout 227 de Alcañiz, tras presenciar ciertas heridas y fracturas a lo largo de estos años, durante las dos semanas que dura el campamento de verano. En muchas ocasiones había médico que curaba o suturaba las heridas en el mismo campamento sin necesidad de evacuación del herido, pero en otras ocasiones no había por lo que con las mínimas nociones de primeros auxilios o sin ellas, se evacuaba al herido lo más rápidamente posible al centro sanitario más próximo, a veces localizado a gran distancia. En otras ocasiones han presenciado golpes, contusiones o deformidades, lo más frecuente de extremidades, que han precisado traslado unas veces para descartar fracturas y otras para tratarlas. Si esta situación sucede con médico en campamento, el traslado se realiza con correcta inmovilización, pero si no lo hay, el traslado se realiza, al igual que con las heridas, lo más rápidamente posible al centro más próximo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Digirido al grupo Scout de Alcañiz, concretamente a monitores, rama de compañeros y personal de comité que quiera adquirir conocimientos sobre heridas e inmovilizaciones y pauta de actuación a nivel extrasanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Vamos a realizar talleres en los locales del Grupo Scout, donde se impartirán tanto clases teóricas sobre heridas e inmovilizaciones, como clases prácticas con posibles casos y normas de actuación, así como un taller de vendajes funcionales.

Se revisarán botiquines de rama, recordando el material que tienen y el uso que le pueden dar.

Se expondrán casos más graves que pueden ocurrir durante el campamento y que precisen uso de "material de fortuna".

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de participantes que realizan la actividad/ N° total de convocados a la actividad.
- N° de participantes satisfechos con la actividad / N° total de participantes que realizan la actividad.
- Pasaremos encuesta de satisfacción, donde se valorará no sólo la satisfacción, sino si la consideran útil a nivel personal para poder ayudar en caso que fuera necesario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Esta actividad se realizará en dos tardes de unas 4 horas de duración cada una, estamos pendientes de confirmación de fechas, pero se realizará antes del siguiente campamento, previsto del 14 al 28 de Julio 2019 en Eriste.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Charlas teóricas pero sobre todo queremos que sea práctico, por lo que el taller de inmovilizaciones se realizará entre los asistentes. Tenemos también preparados unos videos tanto de curas como de inmovilizaciones.

Usaremos para las prácticas material que no se use y que se vaya a desechar tanto del propio Grupo Scout como del Centro de Salud.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0506 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE SHEILA NAYA PUERTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMARRE MICHELOT. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ZURERA TORO MANUEL JESUS. MIR 2º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GROS MORELLON TOMAS. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· RINCON ESTRADA RAFAEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· IBÁÑEZ CANO ANA. MIR 3º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CARCELLER LLIDO DAVID. MIR 1º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ BARBA INMACULADA. MIR 2º. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Ayuntamiento de Alcañiz, en el año 2004, abrió las puertas del Centro Joven, cómo un servicio para la población infanto-juvenil para poder jugar, acudir a leer, acudir con sus familia para disfrutar de las instalaciones o a participar en las diferentes actividades que organizan cómo obras de teatro, disfraces, tertulias,..... A lo largo de sus casi 15 años de historia, han tenido multitud de incidentes unos más graves que otros, y los responsables del centro han tenido muchas dudas a la hora de actuar en los incidentes que han ido sucediendo, por lo que plantearon realizar un curso no sólo de primeros auxilios, sino también el tener un protocolo de actuación en cada una de las situaciones que pueden plantearse, para tener más seguridad ante las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos del proyecto son:
- Crear protocolos de actuación para personal no sanitario en función de las diferentes situaciones que pueden plantearse: contusiones, heridas, TCE, convulsiones, pérdidas de conciencia,.....
- Reconocer situaciones graves.
- Taller de RCP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesión clínica con las normas de actuación en las diferentes situaciones creando un protocolo de actuación para cada una de ellas.
- Taller de RCP
- Botiquín mínimo en las instalaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de asistentes a la actividad/ número de responsables del centro
- Grado de satisfacción de los usuarios con la actividad, mediante encuesta de satisfacción
- Conocimientos y habilidades aprendidos con la actividad, mediante evaluación final con diferentes casos clínicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizarán un mínimo de dos sesiones a pactar previamente, antes que finalice el año 2019, de unas 3 horas de duración cada una.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Se llevará información escrita con las últimas recomendaciones ante diferentes situaciones
- Videos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0754 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZ LACASA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· NAYA PUERTO SHEILA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· VALLES AGUILAR SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· TOMAS BLASCO PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SORRIBAS MARTI MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El despliegue del programa del paciente crónico complejo comenzó el año pasado y nestras coberturas, aunque se han venido desarrollando, existe espacio para la mejora.
Hemos incluido al 56% de los pacientes con P.99 y el 52% de los pacientes incluidos no tenían plan de intervención en el último contacto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa del paciente crónico complejo. Conseguir que todos los pacientes incluidos tengan un plan de intervención escrito actualizado y garantizar la continuidad asistencial en estos pacientes para evitar ingresos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo.
Evaluación trimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes con GMA > 99 incluidos en programa
% de pacientes con plan de intervención en el último contacto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finales de marzo: sesión clínica programa paciente crónico complejo
Marzo-abril: primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero: revisión final

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

modifica el proyecto 2019_0382

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0755 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOMEDIDA DE LA PRESION ARTERIAL, LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

2. RESPONSABLE MIRIAM SORRIBAS MARTI
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MINDAN GAZULLA BEATRIZ. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• AGUILAR JULIAN MARTA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• GROS MORELLON TOMAS. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• EGEA ESPADA ROCIO. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• CASTELLANO JUSTE ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante la importancia de la hipertensión arterial HTA como factor de riesgo cardiovascular y las discrepancias entre las cifras de TA en consulta y en domicilio se detecta la necesidad de formar a los pacientes en el registro de tomas de TA en domicilio con la finalidad de detectar la hipertensión de bata blanca y ajustar a los tratamientos a las necesidades del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Lograr una mayor implicación del paciente en su patología.
Mejorar la adherencia al tratamiento.
Facilitar el diagnóstico de HTA de bata blanca.
Determinar la eficacia del tratamiento.
Evitar posibles hipotensiones e hipertensiones a lo largo del día.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Diseñar una hoja de registro de medicaciones para el paciente y colgarla en las plantillas de OMI-AP
2.- Diseñar unas instrucciones sencillas para realizar la técnica.
3.- Presentar dicha hoja a los compañeros de atención primaria.
4.- Instruir a los pacientes seleccionados en la correcta técnica de AMPA
5.- Comprobar la discrepancia del aparato del paciente con el nuestro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes hipertensos/ total de pacientes
% de pacientes hipertensos que aceptan el autocontrol / total de hipertensos
% pacientes hipertensos que realizan correctamente el AMPA / total pacientes que realizan AMPA
% de pacientes hipertensos con cifras optimas de AMPA/ total de pacientes que realizan AMPA
% de pacientes con HTA de bata blanca/ total de pacientes que realizan AMPA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Diseño de hoja de registro en marzo de 2019
Presentación al personal del centro en abril de 2019
Inicio de entrega de hoja de registro a los paciente en abril de 2019
Evaluación del proyecto en febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Hoja de registro
Tensiómetro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HTA
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0817 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- CHUMILLAS LIDON RAQUEL. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las zonas rurales con distancia al centro de salud se percibe una necesidad por parte de la población, para adquirir unos conocimientos básicos en primeros auxilios y uso del DESA ya que en dichas localidades hay un DESA cuya población no tiene información de su uso. Este año se realizará la actividad formativa y taller en otras localidades que pertenecen al CS Alcañiz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Concienciación a la población en general de la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP y desfibrilación precoz.
Educación al ciudadano para activar la cadena de supervivencia y de esta forma reducir en la medida de lo posible la muerte de uno de los ciudadanos en caso de PCR al no saber comenzar con la RCP básica y el uso del DESA ya que hasta que lleguen los servicios sanitarios el tiempo de RCP precoz es fundamental.
Se pretenden aumentar las destrezas para actuar en primeros auxilios como quemaduras, golpes, picaduras, heridas, atragantamientos... basándonos en métodos médico-científicos y no en creencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Test pre- teoría

Sesiones teóricas con presentación de audiovisuales en las que se explicará la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y como realizar los primeros auxilios.

Se realizarán test para comprobar los conocimientos teóricos adquiridos.

Se realizarán prácticas con los muñecos simulando posibles casos, debiendo realizar las maniobras pertinentes para cada simulación, maniobra de Heimlich, RCP, uso del DesA..

Se pasarán encuestas de satisfacción escala Likert 1-5

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se compararán los resultados de los test previo a los talleres con los resultados obtenidos tras realizar las distintas actividades

Encuestas de satisfacción, horario, programa, sala, explicación, adquisición conocimientos...

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A lo largo del año 2019 según la disponibilidad de los habitantes de cada una de las poblaciones. El primer taller teórico práctico será la última semana de marzo en la localidad de Valdealgorfa

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyector, ordenador portátil, muñecos, simulador DESA

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto es la continuación del 2018/1470 ya que este año se realiza en otras poblaciones adscritas al centro de salud de Alcañiz

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1283 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE MIRIAN FACI OLMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR JULIAN MARTA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO JUSTE ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZ LACASA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· OMEDES BES MARIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ PORCAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· RINCON ESTRADA RAFAEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Día tras día somos testigo de la poca formación sanitaria, dudas y miedos que existe en primeros auxilios y atención inicial a la urgencia.

La población infantil y adolescentes son susceptibles de sufrir tanto accidentes como patología aguda que requieran una rápida intervención y cuya evolución pueda depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. El centro educativo es el espacio idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje sobre primeros auxilios.

En los centros educativos de Aragón, no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios, según Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director General de Innovación, Equidad y Participación y el Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón, por la que se dictan instrucciones relativas a la atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas así como la intervención en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La actividad se origina desde el Instituto IES Bajo Aragón de Alcañiz, por la necesidad manifiesta de una de las profesoras de Biología de 3º ESO de dicho centro, acerca de que los alumnos de 3º de la ESO tengan nociones de 1º auxilios

Desde el Centro de Salud consideramos primordial que los alumnos tengan nociones sobre primeros auxilios ya que desde hace 2 años se vienen impartiendo talleres sobre esta materia a niños de 6º de primaria de los colegios de Alcañiz, con resultados muy satisfactorios.

La población a la que va dirigida esta actividad son alumnos que a día de hoy no han realizado dichos talleres, bien porque no estaban incluidos en el rango de edad en el momento que se inició la actividad comunitaria o bien son alumnos procedentes de colegios de otras localidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

GENERALES:

-Proporcionar a los alumnos de 3º de ESO del IES Bajo Aragón conocimientos básicos sobre primeros auxilios
-Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en 1º auxilios

ESPECIFICOS:

-Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la adolescencia.
-Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
-Los alumnos, después de la actividad, identificarán situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y actuarán de forma básica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión inicial del grupo de trabajo de la A.comunitaria, con el fin de organizar actividades a realizar
-Contactar vía telefónica con la docente responsable del curso para explicar objetivos, características, duración y concretar las fechas y horarios para la realización de los talleres formativos.

-A continuación, se le remitirá la documentación pertinente del taller a la docente responsable del IES.

-Reunión del grupo de trabajo, con objeto de planificar los talleres teórico-prácticos, así como elaboración del pre- test y post-test, para evaluar los conocimientos previos y los adquiridos en el taller.

-Solicitud de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP al área de formación sanitaria del IES

-Previo a la actividad los alumnos realizarán el pre-test, con el fin de determinar los conocimientos previos al taller .

- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en el IES Bajo Aragón; Consistirá en una breve exposición de 15' duración de diapositivas para fijar los conceptos de PAS, PLS, RCP, OVACE, convulsiones, epistaxis, traumatismos y quemaduras.

Posteriormente se realizarán 30` de practicas sobre la correcta la realización de RCP, PLS y OVACE.

Para ello se dividirán en 3 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud.

Finalmente, se realizará el post- test, para comprobar los conocimientos adquiridos.

La duración total de la actividad en cada grupo de 3º de la ESO será de 50`.

Total 5 grupos; 3º A 17 alumnos, 3ºB 14, 3º C 16, 3º E 19, 3º F 20, un total de 86 alumnos.

-Reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Alumnos participantes/Total de niños de 3º ESO del IES

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1283 (Acuerdos de Gestión)**

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

Alumnos participante por grupo/total de alumnos de grupo
Resultados del pre-test y post-test (el test consiste en 10 preguntas con dos opciones, con una sola respuesta correcta)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

MARZO 2019: Contacto de la docente responsable con trabajador del C.S. solicitando la actividad. Exposición en el C.S. de la actividad y creación del grupo, con los trabajadores interesados en participar.

ABRIL 2019: Reunión del grupo de trabajo (planificación de contenidos, reparto de tareas y creación de calendario de trabajo).

Entrega del pre-test a la docente para su posterior distribución a los alumnos.

Días 24, 25 y 26 de abril desarrollo de los talleres teórico-prácticos en el centro educativo.

MAYO 2019: Evaluación del pos-test.

Redacción de memoria y conclusiones.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos personales: horas de duración de los talleres.

Recursos materiales: disponemos de ellos.

10. OBSERVACIONES.

Dependemos del horario y calendario escolar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1094 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION CON POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE

2. RESPONSABLE MARTA ARQUED NAVAZ

- Profesión PEDIATRA
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAN GARGALLO MARIA CARMEN. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ ARRIAZU SIXTO. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BLASCO ANENTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- PIRVULESCU MARIANA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la sociedad actual existen muchos cambios migratorios. En nuestro medio existe un ambiente pluricultural enriquecedor pero a veces no tenemos bien definido cómo actuar ante inmigrantes recién llegados. En otros lugares se ha establecido un protocolo de acogida al paciente pediátrico inmigrante que requiere una entrevista con peculiaridades (diferente idioma, cultura y hábitos alimenticios, dificultades para recabar antecedentes personales y familiares...) y una exploración adaptada para valorar en algunos casos patología tropical. También tenemos que descartar que tengan enfermedades como anemia, ferropenia, hipotiroidismo... En ausencia de este protocolo de acogida, es posible que se nos estén pasando por alto problemas de elevada prevalencia en este colectivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- General: Homogeneizar la actuación pediátrica ante los niños y niñas inmigrantes cuyo centro de salud de referencia es el Centro de Salud de Alcañiz.
- Realizar las exploraciones recomendadas en los protocolos de acogida al paciente pediátrico de referencia en nuestro medio:
 - Hemograma
 - Determinación de patrón férrico: sideremia y ferritina
 - Detección de hepatitis B (HbsAg)
 - Hormonas tiroideas: TSH y T4 libre
 - Mantoux
 - Parásitos en heces

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se elaborará un protocolo de acogida al paciente inmigrante. Durante el desarrollo de nuestra actividad asistencial se realizará la captación de estos pacientes y la aplicación del protocolo, con la colaboración de enfermería. Posteriormente se analizará la patología detectada respecto al total de pacientes analizados. Además de los contenidos reflejados en los objetivos se podrán individualizar otras pruebas para cada niño:
África subsahariana/adoptados/madres de riesgo/adolescentes sexualmente activo/operaciones con riesgo (tatuajes, circuncisión, transfusiones): VIH, sífilis, VHC.
Centro y Sudamérica especialmente Colombia, Paraguay, Bolivia(no Caribe): cribado Chagas.
África subsahariana/Nilo/Oriente Medio: esquistosomiasis urogenital....tira de orina tras ejercicio: si hematuria, recoger orina para detectar parásito.
<5a con ancestros raza negra (mulatos, indo-paquistaníes, península arábiga, sur del Magreb): cribado drepanocitosis.
Si fiebre y África subsahariana, Asia o Sudamérica: paludismo gota gruesa.
Asia meridional, lactantes de madres piel oscura, si toman antiepilépticos o tienen algún trastorno absorción intestinal: vitamina D.
Mutilación genital femenina: África subsahariana, Nilo, Pakistán (Bohmas), malasia, Indonesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología de virus de la hepatitis B (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado despistaje alteraciones tiroideas (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado TSH y T4 x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).

Como de entrada no sabemos qué coberturas tenemos actualmente de estos indicadores planteamos una medición

Proyecto: 2019_1094 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION CON POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE

antes de comenzar en una muestra de 30 pacientes. Una vez finalizada la intervención volveremos a medir los indicadores en una muestra de 40 pacientes inmigrantes atendidos tras la implantación del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A lo largo de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una primera visita tras la captación de los pacientes: anamnesis y exploración física personalizada, puesta al día del calendario vacunal.

Segunda visita para resultados analíticos, si precisa completar calendario se concertaran las citas necesarias.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0141 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

2. RESPONSABLE GORETI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONDIA HERRERO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde pediatría del centro de salud de Alcorisa se ha considerado convenientemente proponer al colegio de Alcorisa la formación de la población infantil y adulta que está en relación, en la adquisición de conocimientos y habilidades básicas para actuar en su caso ante una situación de emergencia. Se aprovecha la asignatura de Science en segundo ciclo de primaria en concreto el módulo de salud para incluir esta actividad y se propone a la dirección del centro que se a incluido este taller como actividad en el resto de cursos de primaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Primero: como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la salud
Segundo: como objetivos específicos se propone dar a conocer a la población infantil adolescente y adulta relacionada con la misma como docentes o monitores las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia
Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital, (posición de seguridad, maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y atragantamiento) así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión inicial: desde el centro de salud se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad (director del centro, jefa de estudios y claustro) la creación del proyecto y en su caso, su desarrollo durante el segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019

Concreción del proyecto: se presentarán las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, y se involucrará a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva

Posteriores reuniones: se propondrán encuentros posteriores con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias y serán ellos los encargados de hacer resúmenes de todo lo explicado en los talleres a base de redacciones o dibujos según la edad

Contacto con docentes del grado formativo sociosanitario del IES Damián Forment de Alcorisa: se llevarán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP (maniqués)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuestas iniciales con preguntas tipo test para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar sobre primeros auxilios y maniobras de RCP (0 a 10 puntos) haciendo nota media de cada clase : suma puntuaciones test/ total test rellenos

Encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres y compara la cifra con la encuesta inicial: número entero n final <>número n inicial

Valoración del profesorado. se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del centro la incorporación de estos talleres en el plan curricular de los siguientes cursos
encuesta de satisfacción final y utilidad (0 nada/10 perfecto)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración: se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso una sesión de 2 horas de duración para cada curso de educación primaria para ofrecer talleres prácticos de formación en primeros auxilios y otra sesión dirigida al profesorado de unas 2 horas de duración para que así puedan implicarse en la impartición de próximos talleres

Caleendario: segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en los meses de Febrero a Mayo a razón de 2 cursos por mes (Febrero 1º-2º primaria, Marzo 3-4º primaria, Abril 5º-6º primaria)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Maniqués para RCP (se pedirán al grado de auxiliar sociosanitario de la localidad)
Ordenador y proyector (está instalado en las aulas del colegio)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños

Proyecto: 2019_0141 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion sana
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0543 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

2. RESPONSABLE VERONICA VIDAL VILLANUEVA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALCORISA
- Localidad ALCORISA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
- CHORDA GIRONA ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCORISA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el centro de salud, se ha visto que podría resultar útil la puesta en marcha de este proyecto para que la población pudiera obtener información necesaria y actualizada en relación a su salud y al funcionamiento de nuestro equipo.

Ésta sería la manera adecuada para que toda la zona básica de salud adquiriera la misma información sobre diferentes aspectos sanitarios que puedan ser tratados en el blog, indiferentemente del lugar donde se encuentre el usuario, ya que el centro está constituido por varios consultorios y la población es amplia debido a la dispersión geográfica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mantener informada a la población sobre aspectos sanitarios que puedan ser de interés para el usuario.
- Dar a conocer el centro de salud, los trabajadores y las actividades realizadas en el mismo.
- Fomentar la promoción y educación de la salud, y la prevención de enfermedades.
- Promover la autonomía del paciente y dar a conocer los derechos y deberes.
- Ofrecer acceso a las novedades de nuestro sistema sanitario (salud informa, alertas sanitarias, actividades comunitarias, cambios de horarios...).
- Interrelacionar las diferentes poblaciones que integran la zona básica de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para empezar, se llevará a cabo una reunión informativa con todos los profesionales para presentar el proyecto y que puedan aportar ideas sobre los temas a tratar en el blog.

Luego, se procederá a la creación del blog, y se plasmarán los conocimientos aportados por los profesionales en materia de salud para que la población pueda adquirirlos cuando haga uso del mismo.

Se dará máxima difusión del blog a través de carteles informativos en las consultas pertenecientes a la zona básica de salud, y a través de redes sociales y medios de comunicación.

Se llevarán a cabo tantas reuniones como sean necesarias entre los diferentes profesionales para mejorar el proyecto en la medida de lo posible.

Con el tiempo, se irá actualizando la información y se recogerán las sugerencias realizadas por los usuarios sobre los aspectos que son de su interés.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de visitas registradas en el blog: permite saber cuantas veces los usuarios acceden al mismo para hacer uso de su información.
- Nº de sugerencias recibidas tras el formulario de contacto: valora el interés de la población en temas de salud y su participación.
- Encuesta para conocer el nivel de satisfacción de las personas que utilizan el blog.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo: realizar la reunión y poner en marcha la creación del blog.
- Junio: informar a la población mediante carteles en las consultas y/o difusión a través de las redes sociales y medios de comunicación.
- Resto del año: hacer uso del blog, manteniéndolo siempre actualizado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Búsqueda de información fiable y actualizada.
- Disponer de un ordenador y acceso a Internet para publicar la información en el blog.
- Existencia de varios administradores para poder mantener el blog al día.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2019_0543 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS ROMERO VIGARA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALCORISA
• Localidad ALCORISA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TRILLO CALVO EVA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
• GRANADO GONZALEZ MANUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA ENCABO MANUEL. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
• CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
• CANTIN LOPEZ ELISENDA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La ecografía es una prueba segura, no invasiva, rápida, reproducible, exenta de efectos secundarios y altamente costo-efectiva. Su implantación en Atención Primaria permite mejorar tanto el cribado como el diagnóstico de numerosas patologías prevalentes, optimizando los recursos disponibles, evitando derivaciones innecesarias al siguiente nivel asistencial y agilizando éste proceso en los casos que su pertinencia lo requiera. La disponibilidad y accesibilidad desde AP a la ecografía, es punto clave para aumentar la capacidad diagnóstica y resolutive de los Médicos de Familia. Son estrategias de éxito para la implantación y desarrollo de la ecografía clínica en AP las que se han llevado a cabo en los servicios de salud de Galicia, Extremadura y Madrid con la adquisición progresiva, programada y priorizada de equipos de ecografía, acompañada de formación específica de los médicos de AP. En diciembre de 2017 el Servicio Aragonés de Salud realizó una inversión tecnológica que incluía 32 equipos de ecografía, que fueron distribuidos para centros de AP. En agosto de 2018, la Consejería de Sanidad, incorporó la técnica de ecografía en la cartera de servicios de servicios de AP de Aragón, cumpliendo con los criterios de inclusión de congruencia (pertinencia, coherencia, equidad), de organización (factibilidad, impacto positivo en la organización), y criterios científico-técnicos (eficacia y efectividad, evidencia científica, eficiencia, seguridad y sustitución). Actualmente el centro de salud de Híjar, dispone de ecógrafo, pero aun no se ha implementado el uso del mismo. En este contexto, surge este proyecto como modelo de consulta monográfica de ecográfica clínica en Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la capacidad resolutive en las consultas de Atención Primaria; Integrar la técnica ecográfica en la actividad del centro e implementar la capacidad diagnóstica del médico de Atención Primaria, para disminuir la incertidumbre; Aumentar la capacidad de Resolución del primer nivel asistencial; Mejorar el nivel de salud y satisfacción de la población; Acortar el tiempo de atención en situaciones potencialmente críticas; Adecuar la derivación al siguiente nivel asistencial; Evitar desplazamientos a los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Planificación: El proyecto consta de dos fases: 1º Fase: Consulta de Ecografía abdominal y pélvica; 2º Fase: Consulta de Ecografía músculo-esquelética. Crear una agenda específica de ECOSALUD de 10 horas mensuales, repartidas en 2 días con 30 minutos por exploración, con un total de 14 exploraciones mensuales. Cada día de consulta estara dividido en: primeras consultas: 3 y seguimiento de patologia: 4.
Oferta de servicios: 1ª fase: Ecografía abdominal y pélvica Las situaciones clínicas subsidiarias de derivación desde los médicos de AP a la consulta ECOSALUD incluyen: dolor abdominal; palpación de nódulos masas u organomegalias; sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar, nefropatía/patología de la vía urinaria y patología ginecológica; estudio inicial de algunos síndromes clínicos, seguimiento de patologías ya conocidas, prostatismo, bolsa escrotal, grandes vasos, tiroides y sistema circulatorio. 2ª fase: Patología musculotendinosa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de resultado: N° de primeras consultas desde medicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de consultas de seguimiento desde medicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de ecografías realizadas al mes en la consulta ECOSALUD; Cursos de formación anual en ecografía abdominal avanzada por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; N° de rotaciones de formación por consultas especializadas en ecografía en Atención primaria por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; Evaluación de la adecuación y calidad de la solicitud de la ecografía abdominal en base a motivo de la petición y presencia o no de orientación diagnóstica.
Indicadores de percepción: Encuestas de satisfacción al paciente (dimensión interpersonal y ambiental). DIMENSIÓN INTERPERSONAL: Capacidad para comprender las necesidades del paciente (empatía); Criterio sobre modales y aspecto personal de quien lo atendió; Amabilidad en el trato con el paciente. DIMENSIÓN AMBIENTAL: Tiempo de espera; Accesibilidad; Privacidad; Orden, limpieza, ambiente agradable.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración: Proyecto a largo plazo; Calendario previstos: 1º FASE: Inicio 15 de Mayo de 2019; 2º Fase: Inicio 15 de Octubre de 2019

Proyecto: 2019_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio de ecografía en el CS de Híjar; Material: ecógrafo, gel, papel; Médico sustituto para cubrir los días de consulta de ECOSALUD del médico responsable del proyecto.

10. OBSERVACIONES.

INCENTIVOS FORMATIVOS: 4 días de Formación anual para cursos de perfeccionamiento en ecografía avanzada; y 4 días de rotaciones del profesional por Unidades de Ecografía Hospitalaria/Centros de salud de referencia ecográfica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA ABDOMINAL, PÉLVICA Y MUSCULOESQUELÉTICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0144 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CONCERTAR LA VISITAS A LA MATRONA DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

2. RESPONSABLE CARMEN SERNA GARCIA

- Profesión MATRONA
- Centro CS ALCORISA
- Localidad ALCORISA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HURTADO LOPEZ CARMEN. MATRONA. CS ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- VICENTE PEREZ CARMEN MARIA. MATRONA. CS MAS DE LAS MATAS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
- REPOLLES PERALTA PATRICIA. MATRONA. CS ANDORRA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Recientemente nos hemos encontrado con que las gestantes del área de Alcañiz reciben un número inconstante y dispar de consultas por parte de las matronas durante el embarazo. Esta variabilidad depende únicamente del Centro de Salud y de la matrona a la que ha sido asignada esa gestante. Es por ello que todas las matronas del área de Alcañiz deseamos unificar los criterios del número de visitas que una mujer embarazada debe recibir durante la gestación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es que todas las mujeres embarazadas del área de Alcañiz reciban el mismo número de visitas y sean atendidas de manera igualitaria en función de sus necesidades en todo el área de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones periódicas de todas las matronas del área de Alcañiz para compartir opiniones y experiencias y pactar un número adecuado y pertinente de visitas prenatales.
Elaboración de unos criterios mínimos de atención a la mujer embarazada en función de distintos factores clínicos y sociodemográficos y basados en las Guías de Práctica Clínica de atención al embarazo de bajo riesgo.
Informar a las mujeres embarazadas de las funciones y disponibilidad de las matronas y de su importante rol en el camino de la maternidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación la realizaremos las propias matronas tras haber implantado el número acordado de visitas con al menos 8 mujeres cada profesional durante un periodo de 12 meses.
Pediremos feedback a las mujeres a través de una encuesta telefónica para valorar la satisfacción con el número de visitas acordado y encontrar áreas de mejora.
El indicador a largo plazo será que la gran mayoría de mujeres en el área de Alcañiz vea a la matrona como mínimo el número de visitas que haya sido acordado durante el embarazo y que comprendan la disponibilidad de las matronas para el acompañamiento de la gestación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La primera reunión de consenso se realizarán durante los próximos meses, y se planteará realizar reuniones cuatrimestrales para valorar evolución y compartir experiencias.
Se evaluará la implantación de estos criterios en Febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios consisten en los recursos humanos de todas las matronas del área de Alcañiz, así como la participación de las mujeres en las visitas de las matronas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0076 (Acuerdos de Gestión)

PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZ MACIPE CONCEPCION. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· FERRER JOSE LUIS. CELADOR/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO ARASANZ EMMA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La EPOC es una enfermedad crónica que supone la 4ª causa de muerte en el mundo y también en nuestro país suponiendo el 11'4 % de las muertes. Y la principal causa de EPOC es el tabaquismo. La detección e intervención sobre el consumo de tabaco, en la zona básica de salud de Andorra, a los mayores de 18 años, en el pasado años 2017 fue de aproximadamente el 55 % de la población, quedando un amplio margen de mejora, por ello la sensibilización de la población es un pilar fundamental en la prevención de la EPOC y el abordaje del tabaquismo, así como la prevención del mismo. La atención integral a la EPOC como objetivo estratégico de nuestro centro de salud, contempla como actividad preventiva la intervención comunitaria. La actividad se dirige a escolares de 6º de primaria de los colegios de Manuel Franco Royo y Juan Ramón Alegre de la localidad de Andorra (Escuelas promotoras de salud). Entendemos que la prevención debe iniciarse en la población más joven y en especial los adolescentes entre 14 y 15 años, edad de inicio en el consumo de tabaco de la población en general.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

PRINCIPAL: Que los adolescentes de 6º de primaria no se inicien en el consumo de tabaco.

SECUNDARIOS:

1. Sensibilizar a los adolescentes de 6º de primaria sobre las consecuencias del consumo tabaco.
2. Que aumenten sus conocimientos sobre el tabaquismo y la EPOC
3. Conocer si fuman, han fumado o si son fumadores pasivos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones previas entre los profesionales que elaboran el proyecto y la intervención así como con el profesorado.
1. Encuesta sobre consumo de tabaco, previamente al día de la intervención.
2. Charla informativa sobre el tabaquismo y la EPOC, mediante pacientes expertos (fumador activo, fumador en fase de deshabituación tabáquica, epoc leve y epoc severo)
3. Presentación en power point para reforzar conceptos.
4. Cuestionario previo y posterior de conocimientos, para evaluar la ganancia de conocimientos.
5. Cuestionario de satisfacción sobre la intervención realizada. Encuesta sobre el hábito tabáquico.
6. Entrega de hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de alumnos de 6º de primaria que asisten a la intervención
2. Número y % de alumnos que de 6º de primaria que han fumado en alguna ocasión
3. Valoración de los conocimientos antes y después de la intervención
4. Valoración de la satisfacción de los alumnos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Intervención de de 50 minutos en el aula.
Calendario de intervención pendiente de cerrar fechas con los tutores de los alumnos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos: pacientes expertos (fumador activo y ex-fumador/epoc)
Materiales: material fungible y tiempo para la organización, intervención y análisis.

10. OBSERVACIONES.

Se podría evaluar el consumo de tabaco a través de encuesta en el IES en años sucesivos pero no todos sobre los que se intervenga van a estar en el IES (esto daría para otro proyecto estudio de mayor alcance).
Valoración del consumo de tabaco en las revisiones del niño sano.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0076 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAGAR GONZALEZ
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro CS ANDORRA
 - Localidad ANDORRA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- ROMERO ARASANZ EMMA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- GALVE CIERCOLES ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GINES BIELSA MARIA JESUS. CELADOR/A. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- MORALES VILLANUEVA JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMINISTRACION
- NUEZ GINES MARIA TERESA. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
- VILLANUEVA AZNAR CONCEPCION. LIMPIADOR/A. CS ANDORRA. LIMPIEZA/LAVANDERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La formación en primeros auxilios es fundamental para disminuir los efectos derivados de un accidente. Se ha visto que la edad no debe ser un obstáculo para esta formación, se debe adecuar la información y formación al colectivo al que se dirige.

La experiencia previa con preescolares de nuestra localidad, fue muy exitosa, tanto en satisfacción por parte de los docentes y los alumnos como del equipo de atención primaria.

La colaboración entre las escuelas promotoras de salud de nuestra localidad y nuestro centro de salud, es una dinámica que favorece las relaciones entre ambos colectivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Qué aprendan a llamar al 112, posición lateral de seguridad, iniciación a las maniobras de RCP, así como actuación ante algunas urgencias.
2. Qué los escolares conozcan los servicios que ofrece el centro de salud, desde la perspectiva de usuario y no sólo de paciente, ya que el objeto de la visita es un tercero, su peluche, que será el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones del grupo de comunitarias del centro de salud, para valorar la oportunidad del proyecto, y nombrar responsable del proyecto.

Reuniones con los profesores de las escuelas promotoras de salud de la localidad: Manuel Franco Royo y Juan Manuel Alegre. Valorar los conocimientos previos a la intervención (lo trabajarán en el cole antes de venir al centro).

Reunión de coordinación para definir funciones, circuitos, contenidos y responsables en cada servicio.

Taller práctico:

1. Aviso al 112, posición de lateral seguridad y maniobras de RCP, que son y cuando hay que comenzar a realizarlas.
2. Accidentes por caídas, traumatismos, quemaduras, heridas o cortes.
3. Actividades preventivas para escolares: vacunación
4. Urgencias y visitas programadas a los servicios sanitarios.
5. Visitar las instalaciones del centro de salud, para que conozcan los diferentes servicios que ofrece: rehabilitación, admisión, urgencias, pediatría, matrona, atención a adultos, servicio de limpieza y lavandería, pruebas complementarias, ambulancia del 061, almacén y farmacia y esterilización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Valoración de conocimientos previos, mediante pictogramas (adecuado al nivel de los alumnos y trabajado con el profesorado).
2. Valoración de la satisfacción y de conocimientos mediante encuesta verbal al terminar la intervención en el Centro de Salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha pendiente de concretar con los tutores.

Una sesión por curso/escuela promotora de salud en el primer semestre del año.

Viernes en horario de mañanas de 12 a 14 horas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Material fungible: folios, pegatinas adhesivas identificativas, Kit de primeros auxilios: gasas, jeringas de 5 cc, depresor, gorro de papel verde, guantes pequeños vinilo, vendas pequeñas,
- Ordenador (el del aula docente, colchonetas de la matrona).
- Sellos de caucho para el control del paso por de cada servicio para cumplimentar "el álbum del centro de salud".

10. OBSERVACIONES.

Se hace en horario laboral gestionar agendas para que los profesionales tengan tiempo disponible.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. preventivas/comunitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0085 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATINEZ AYALA ENRIQUE. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ SAURAS SUSANA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· VAQUE BIELSA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· TRILLO SALLAN ESTHER. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2009, el Departamento de Salud y Consumo puso en marcha un proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento Anticoagulante Oral (TAO)

Actualmente en nuestro centro sólo hay un paciente dentro de este programa. Aunque cada vez son más los pacientes anticoagulados con capacidad para el autocontrol del tratamiento.

El pasado año una enfermera de nuestro centro se formó mediante el programa FOCUS, en este programa.

El representante de Teruel de la asociación ASANAR (asociación de anticoagulados de Aragón), en el consejo de Salud celebrado el jueves 7 de febrero de nuestra zona de Salud. Traslado la demanda del autocontrol entre los pacientes anticoagulados de nuestra zona básica de salud.

El autocontrol consiste en que el paciente mediante un coagulómetro portátil, y sin necesidad de desplazarse al hospital o centro de salud, pueda realizarse su propio control semanalmente y ajustar la dosis del anticoagulante con el fin de reducir las complicaciones.

Para esto es preciso que el paciente conozca: conceptos generales de la coagulación, y las particularidades de su tratamiento y además instrucción sobre el manejo del coagulómetro y cómo ajustar la dosis en función del resultado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Aumentar el número de pacientes anticoagulados en autocontrol del tratamiento, en el sector de Alcañiz.
2. Mantener el valor del INR de estos pacientes dentro de los valores de referencia según su patología y tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Formación de profesionales de nuestro equipo, para ser formadores de pacientes y de otros formadores profesionales.
2. Oferta de formación a grupos de pacientes.
3. Seguimiento de los mismos creando una consulta monográfica específica, (jueves de 8'30 a 10 horas)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrol, del total de pacientes susceptibles de entrar en el programa de nuestra zona de salud (listado propuesto por los médicos y enfermeras del centro de salud).
2. N° de controles fuera de rango por paciente, en relación al total de los controles del paciente.
3. N° de controles en rango por paciente, en relación con el total de los controles del paciente.
4. N° de complicaciones (hemorragias, embolismos o hematomas) por paciente en el periodo de estudio.
5. Evaluación de resultados a los tres meses de la formación de cada grupo y al finalizar el año 2019.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Formación de los profesionales: febrero de 2019
2. Marzo 2019: Creación del circuito de derivación de los pacientes seleccionados para la formación, y protocolo del seguimiento de los pacientes en auto-control.
3. Marzo- Abril 2019: Inicio de la formación grupal a pacientes y creación de la consulta para el control y seguimiento de los pacientes en autocontrol del tratamiento.
4. A los tres meses de la formación: evaluación de indicadores y resultados.
5. Diciembre 2019: Evaluación de indicadores, resultados y análisis de la situación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Formación de un médico y una enfermera, en las unidades de Zaragoza que imparten la formación, para seguir su modelo.
2. Gloaculómetros para pacientes, cartillas de control, tiras y guías del Salud para pacientes.

10. OBSERVACIONES.

Como recurso comunitario se puede contar con la colaboración de la asociación ASANAR, para participar en el proyecto, con la aportación de un paciente experto, como formador entre iguales y referente para el resto del grupo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0085 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso racional del medicamento

Proyecto: 2019_0112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ANDORRA
- Localidad ANDORRA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN. MIR. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
- PELLICER GARCIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La OMS recomienda para mantener una alimentación saludable, con respecto al consumo de azúcares que los adultos y niños deberían reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total (2, 7). Una reducción a menos del 5% de la ingesta calórica total aportaría beneficios adicionales para la salud. El consumo de azúcares libres aumenta el riesgo de caries dental. El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcares libres también contribuye al aumento insalubre de peso, que puede dar lugar a sobrepeso y obesidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Sensibilizar a la población que acude al centro de salud, y/o los consultorios locales de la zona básica de salud de Andorra, de Oliete, Alloza y Ariño, en especial a la población infantil y sus familias, del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados.
2. Sensibilizar a los alumnos del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
3. Sensibilizar a los padres del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
4. Informar del riesgo del alto consumo de azúcar en la dieta diaria.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE:

1. Padres y madres de niños y niñas que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
2. Adultos que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
3. Alumnos del IES de Andorra Pablo Serrano.
4. Padres y madres de los alumnos IES de Andorra Pablo Serrano.
5. Profesores del IES de Andorra Pablo Serrano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaboración de encuesta previa, y posterior, mediante imágenes de productos procesados y pregunta sobre el contenido de azúcares.
2. Exposición de imágenes del fotógrafo Antonio Estrada; del proyecto SinAzúcar.org, que consiste en fotografiar de forma muy publicitaria productos ultra-procesados (comida y bebida) junto con la cantidad exacta de azúcar que llevan, usando las propias cifras de etiquetado que da el fabricante.
3. Charla- intervención con los alumnos, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud y plantificar la colaboración de los alumnos en el proyecto (hacer murales/exposición de imágenes de SinAzúcar.org).
4. Trabajar con los alumnos del IES mensajes sobre el consumo de azúcar (mensajes en positivo, por Ej. Come más frutas que bollería industrial). Que serán expuestos en el IES y en C.S. Andorra y los consultorios locales.
5. Elaborar un folleto informativo, con y entre los alumnos del IES.
6. Charla- intervención con los padres, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud, intervención a través del AMPA del IES, los propios alumnos les explicarán a través de los murales/exposición que habrán creado previamente)
7. Difusión del folleto informativo (creado por los alumnos) sobre los efectos del consumo excesivo de azúcar en la dieta.
8. Valorar el conocimiento que tiene la población, del contenido en azúcar, de determinados alimentos elaborados/procesados, mediante encuesta antes y después de la exposición de SinAzúcar.org.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de encuestas previas cumplimentadas.
2. Número de encuestas posteriores cumplimentadas.
3. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta previa.
4. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta posterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Febrero 2019: reuniones con el equipo del IES y compañeros del centro de salud para organizar las actividades.
2. Marzo 2019: encuestas previas a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales y alumnos del IES.
3. Abril: Charla - intervención con los alumnos. Y Charla - intervención con los padres.
4. Abril a junio: elaboración de mensajes positivos y folleto informativo con los alumnos del IES.
4. Del 1 de abril al 30 de noviembre exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales.

Proyecto: 2019_0112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

5. Diciembre 2019: encuestas posteriores a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud, en el centro de salud y consultorios locales.

6. Enero 2020: análisis de resultados y memoria del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Imágenes impresas del fotógrafo Antonio Estrada; del proyecto SinAzúcar.org

2. Fotocopias a color de las encuestas previas y posteriores.

3. Folios, cartuchos de tinta de color, urnas/cajas para la recogida de las encuestas.

4. Presentación PDF de la campaña del proyecto SinAzúcar.org

5. Impresión de los folletos informativos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0113 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES PARA BEBES

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA

- Profesión MATRONA
- Centro CS ANDORRA
- Localidad ANDORRA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROMERO ARASANZ EMMA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto nace de las numerosas dudas que aparecen, incluso antes del parto, al hacerse cargo de un bebé, así como el deseo de hacerlo lo mejor posible. Por eso la matrona y la enfermera de pediatría ponen en marcha el programa de masaje infantil y a la vez se incluyen temas de cuidado del bebé. Durante los meses de crecimiento del bebé dentro del vientre de la madre, el tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse. El contacto físico es una necesidad humana primaria, por eso decimos que el tacto es tan necesario para los bebés como el alimento. El masaje infantil es una forma de comunicación a través del tacto entre los padres y sus bebés que va más allá de las palabras

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal:

- Ofrecer un punto de encuentro para padres y madres donde compartir experiencias, inquietudes, aclarar dudas, reforzar conocimientos, (mitos y leyendas sin fundamento).

Específicos:

1. Aprender las técnicas de masaje infantil para mejorar la seguridad de los padres con sus hijos y la comunicación.
2. Enseñar los beneficios del masaje infantil.
3. Facilitar, mediante el tacto, la voz y el lenguaje no verbal, la creación y fortalecimiento de vínculos afectivos entre padres e hijos.
4. Relajar musculatura y aliviar tensiones.

A QUIEN VA DIRIGIDO:

A padres y madres de bebés entre 0 y 6 meses de la zona de salud de andorra

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Se realiza un cuestionario de conocimientos previo y otro posterior al terminar el ciclo formativo.

2. En cada sesión se tratará un tema relacionado con los cuidados del bebé en el 1º año de vida, además de resolver dudas y compartir experiencias. Terminando con relajación y masaje.

Sesiones:

- Presentación, introducción al masaje infantil. Relajación. Masaje de piernas.
 - Lactancia materna y artificial. Relajación. Masaje de abdomen.
 - Alimentación complementaria. Relajación. Masaje de tórax y brazos.
 - Desarrollo psicomotor en el primer año de vida y prevención de accidentes. Relajación. Masaje de cara y espalda.
 - Urgencias. Relajación. Masaje completo y estiramientos. Evaluación.
3. Al finalizar el ciclo se realiza cuestionario de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

SOBRE LA INTERVENCIÓN:

1. Número y promedio de asistentes (papás y/o mamás) a las sesiones.
2. Respuestas correctas en el cuestionario previo sobre el total de las respuestas.
3. Respuestas correctas en el cuestionario posterior sobre el total de las respuestas.
4. % de ganancia de conocimientos.
- e. Satisfacción con los talleres (encuesta).
5. Valoración de los profesionales implicados (encuesta).

SOBRE LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO:

1. Número de revisiones del niño sano que acude a lo largo de 2019
2. Tipo de lactancia de los bebés que han participado en los talleres, en el momento de la intervención y a los seis meses. (Fuente OMI AP)
3. Alimentación adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
4. Higiene adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
5. Número de visitas a urgencias durante el año 2019 y motivo: accidente/caída, dolor/llanto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizarán ciclos de 5 sesiones, un día a la semana, de una duración aproximada de 90 minutos (los jueves de 11'30 a 13 horas), en el Aula de docente del Centro de Salud de Andorra.

- Primer ciclo: finales de 2018 (diciembre) a finales de enero de 2019

Se realizarán ciclos sucesivos en función de la demanda.

Proyecto: 2019_0113 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES PARA BEBES

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material fungible, ordenador, proyector...

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA: "¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?". TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debemos remarcar que los hábitos de vida de los españoles han experimentando grandes cambios en las últimas décadas. Nuestra alimentación se ha ido alejando del modelo tradicional de la Dieta Mediterránea, aumentando el consumo de carnes, azúcares refinados, bebidas azucaradas y bollería industrial. Además, debido a los avances tecnológicos y las mejoras en las condiciones socio-económicas de vida, hemos disminuido el tiempo dedicado a la actividad física, aumentando el sedentarismo.

Tanto el sobrepeso como la obesidad, se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Son la causa o empeoramiento de patologías como la diabetes, la HTA, la enfermedad coronaria y diversos tumores. Además se asocian a mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas e inadaptación social, incremento del coste sanitario y disminución de la esperanza de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Fomentar en nuestra población una alimentación saludable como medida para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida.
- Que la población conozca los beneficios de una alimentación saludable, así como las recomendaciones concretas para conseguirla (composición de alimentos, frecuencia de consumo, porciones, raciones...)
- Que la población conozca las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno relacionadas con la malnutrición, tanto por exceso como por defecto (obesidad, HTA, Diabetes, anemias, Hiperlipemias, osteoporosis...)
- Que la población sea capaz de elaborar un menú saludable, basado en alimentos naturales, de temporada y de proximidad, evitando los productos ultra procesados.
- Que la población adquiera los conocimientos necesarios para realizar una lectura correcta del etiquetado nutricional, mejorando su dieta diaria y adquiriendo conocimientos para realizar una compra saludable y sostenible.
- Que la población sea capaz de valorar correctamente los mensajes publicitarios en los que la alimentación se tome como valor, así como de las prácticas de riesgo más difundidas entre la población (dietas milagro, alimentos light, sin azúcar añadidos...).
- Que la población adquiera conocimientos adecuados en cuanto a la preparación y procesamiento culinario de los alimentos, conociendo técnicas culinarias seguras y saludables.
- Que la población disponga de estrategias para elegir un menú saludable cuando salga a comer fuera de casa (restaurantes, fechas señaladas...)

POBLACIÓN DIANA

Población adulta de la zona básica de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Se realizarán talleres teórico-prácticos en sesiones de dos horas con una periodicidad mensual. En principio se plantean talleres en el centro de salud, el primer viernes de cada mes, en horario de 9.30 a 11.30, con un aforo máximo de 20 personas

Todas las sesiones constarán de una exposición breve de conceptos (20-30 minutos), seguida de actividades prácticas para afianzar conocimientos. En algunas sesiones se plantea la posibilidad de salir del centro en grupos para ejercitar la lectura de etiquetas o compras en establecimientos de la localidad.

Los diferentes temas a tratar serán:

- Conceptos básicos de nutrición: nutrientes, tipos. Grupos de alimentos y su composición.
- Dieta Mediterránea como representación de la Dieta saludable: evaluación de resultados mediante el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (estudio PREDIMED) previo y posterior al taller.
- Realización de un menú saludable. Raciones y porciones.
- Guía para una compra saludable. Etiquetado nutricional.
- Publicidad y alimentación saludable.
- Preparación y proceso culinario de alimentos. Técnicas culinarias seguras y saludables.
- Conservación y reconstitución de alimentos en el hogar.
- Seguridad en la cocina.
- Comer fuera de casa. Elección de un menú saludable.
- Enfermedades más comunes en nuestro entorno relacionadas con la alimentación.
- Estrategias para que la Navidad no nos pese demasiado. Elaboración menú saludable.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de personas sobre las que se ha realizado intervención/ taller.

Proyecto: 2019_0117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA: "¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?". TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

2. Número de personas que mejora la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
3. % de mejora de la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
4. Número y % de personas que han acudido a alguno de los talleres, con ganancia de conocimientos tras el taller.
5. Grado de satisfacción (escala liker), de los pacientes tras cada taller.
6. Número de personas que han acudido a alguno de los talleres, con disminución de su IMC, a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió, del total de los asistentes.
7. Número (%) de pacientes con dieta "adecuada o inadecuada" (DGP de OMI AP) antes de iniciar los talleres y a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los talleres serán el primer viernes de cada mes de enero a junio y de octubre a diciembre.

9. RECURSOS NECESARIOS.
 - Ordenador, proyector, presentación PDF
 - Carpetas, folios, bolígrafos, cartulinas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ESTHER TRILLO SALLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZ MACIPE CONCEPCION. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LAGAR GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· MESA RAYA ERNESTO. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ AYALA ENRIQUE. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· CORTES ARISTE ISABEL. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En nuestro centro de salud la cirugía menor se venía haciendo de forma ocasional, como un proceso más de la consulta de atención primaria, y cada profesional se organizaba en tiempo y forma. Inicialmente la Dra. Trillo junto la Dra. Lahoz, comienzan a organizar la consulta de C M en tiempo, espacio, dotación de materiales e instrumental y creación de agenda específica, quedando la asistencia urgente al resto de pacientes de cada cupo, cubierta entre ambas profesionales. Dada la demanda cada vez mayor de este tipo de intervenciones, se hace necesario elaborar un proyecto de mejora de la calidad, que ponga de manifiesto la oportunidad y el beneficio de esta consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Organizar el circuito de derivación desde la consulta del médico de atención primaria a la consulta de cirugía menor.
2. Unificar las lesiones susceptibles de exéresis en la consulta de C M y los criterios de exclusión.
3. Organizar el circuito de comunicación de resultados a los pacientes.
4. Elaborar registro de evaluación (Excel) con: identificación de los profesionales que realizan la cirugía, número de pacientes, número de lesiones extirpadas, localización, tipo de lesión, tamaño en cm, número de interconsulta a anatomía patológica, resultado de la anatomía patológica y días transcurridos desde el envío y el resultado, complicaciones y tipo de complicaciones intra-quirúrgica y post-quirúrgica (sincope, hemorragia, hematoma, dehiscencia de herida, sobreinfección, recidiva...)
5. Ofertar la consulta a todos los pacientes susceptibles de C M, de la zona básica de salud.
6. Formar a médicos internos residentes y a otros profesionales que quieran adquirir habilidades en cirugía menor ambulatoria.
7. Elaborar documentos de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Información al equipo del proyecto de mejora.
2. Formación de los profesionales implicados en la consulta de cirugía menor ambulatoria en nuestro centro.
3. Crear agenda de cirugía menor: martes de 9 a 11 y viernes de 13'30 a 14'30 horas.
4. Elaborar Excel de registro y evaluación de la consulta de CM
5. Elaboración de hojas de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO, y de satisfacción del servicio por parte de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de pacientes atendidos en CCM (consulta de cirugía menor) del total de pacientes derivados.
2. Número de lesiones con complicaciones intra-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
3. Número de lesiones con complicaciones post-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
4. Media de días de curación de las lesiones, desde la intervención hasta el alta.
5. Media de días de curación según la técnica empleada (cauterización con bisturí eléctrico o sutura).
6. Número de lesiones con recidiva del total de las lesiones intervenidas.
7. Número de lesiones con interconsulta a anatomía patológica del total de las lesiones intervenidas.
8. Tiempo medio de días de respuesta del servicio de anatomía patológica, desde la interconsulta a la obtención del resultado.
9. Número de lesiones extirpadas cuyo resultado de anatomía patológica es susceptible de malignidad del total de las lesiones enviadas a anatomía patológica.
10. Número de nuevos profesionales (MIR, enfermeras, MFC, otros) que se forman en la CCMA
11. Valoración del grado de satisfacción (escala liker), de los usuarios del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Noviembre - Diciembre de 2018: formación de los profesionales implicados en la CCMA
2. Enero 2019: creación y adaptación de la Agenda CCMA, con citas programadas y demanda no presencial, para informar a los pacientes sobre los resultados.
3. Febrero 2019: Presentación al equipo de la consulta de cirugía menor del centro de salud, abrir la consulta al resto de profesionales para la derivación de pacientes y acuerdo para incluir el proyecto como propuesta de

Proyecto: 2019_0118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

mejora en la plataforma del Salud.

4. Marzo 2019: elaboración de diagrama de flujo del circuito de la CCMA, documentación: hoja de derivación, hoja informativa para el paciente, consentimiento informado, Excel de registro de datos, encuesta de satisfacción de los pacientes.

5. Marzo a diciembre 2019: formación a otros profesionales.

6. Diciembre 2019: análisis de resultados y elaboración de memoria 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Material quirúrgico marcado en verde para identificarlo exclusivo para cirugía

2. Camilla hidráulica

3. Lámpara de quirófano

4. Carro de paradas completo, incluyendo desfibrilador y monitor.

5. Ropa de quirófano estéril, paños quirúrgicos, bolígrafos estériles, guantes con y sin látex estériles, suturas y material de cura.

10. OBSERVACIONES.

La ubicación del quirófano será en la sala de vitales de la planta -1, que de 8 a 15 horas no se usa para urgencias, ya que está bien equipada ante posibles complicaciones.

La organización de las urgencias de los pacientes de cada cupo deben de estar cubiertas, para evitar la interrupción del proceso quirúrgico, la demanda queda bloqueada en la agenda de los profesionales implicados.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRALLERO BIELSA ALBERTO. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA GALO EDGAR. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· PELLICER GARCIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN. MIR. CS ANDORRA. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION
· PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· CORTES ARISTE ISABEL. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tabaquismo, la alimentación no saludable, el sedentarismo y el consumo de riesgo/nocivo de alcohol, son causa de muchas enfermedades y muertes. Está demostrado con numerosos estudios de investigación que la intervención de los profesionales sanitarios para promover una alimentación sana, el abandono del tabaco, y el consumo no de riesgo de alcohol, son una de las intervenciones más eficaces para mejorar la salud de los pacientes, teniendo por consiguiente no solo un gran impacto poblacional sino una relación coste efectividad muy favorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Conocer los hábitos que tiene la población seleccionada en cuanto a la actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de alcohol.
2. Analizar los resultados y valorar la situación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaboración de un cuestionario de hábitos saludables, que valore: alimentación ejercicio, consumo de tabaco y alcohol(basado en la encuesta nacional de salud
2. Elaboración de consentimiento informado.
3. Recogida datos mediante el cumplimiento de las encuestas.
4. Análisis de los datos obtenidos.
5. Conclusiones del estudio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número (%) de participantes del total de personas que se les ha invitado a participar.
2. Valoración de la exposición y consumo de tabaco:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio con exposición al humo del tabaco de entre 1 hora y más de 5 horas al día.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio, que nunca o casi nunca están expuestos al humo del tabaco.
 - c. Número (%) de personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio, que han fumado alguna vez, cuantas fuman a diario y cuantas no fuman pero lo han dejado.
 - d. Edad media de inicio en el consumo de tabaco de las personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio,
3. Numero (%) de adultos que consumen alcohol: nunca, a diario, 5 a 6 días/semana, 3 a 4 días/semana, 1 a 2 días/semana.
4. Valoración del IMC (DGP DE OMI AP) de la población a estudio en el momento de la encuesta.
5. Número (%) de personas con sobrepeso y obesidad, según sexo y grupo poblacional (niños de 6 a 11 años y adultos/familiares a partir de 18 años), de la población a estudio.
6. Sobre los hábitos de alimentación:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO desayunan.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - c. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - d. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen verduras en la comida o en cena.
 - e. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen frutas en la comida o en cena.
 - f. Número (%) de niños de 6 a 11 años, a estudio que, NO comen chucherías, comen chucherías a veces y comen chucherías a diario.
7. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con baja adherencia (<7 puntos) o buena adherencia (> 10 puntos), a la dieta mediterránea.
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con un consumo al día, de más de una unidad/vaso, de bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter).
8. Valoración de la actividad física de la población a estudio:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que NO practican actividad física
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que practican actividad física alta ligera o moderada

Proyecto: 2019_0135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
 1. Primer trimestre de 2019:
 - 1.1. Elaboración y consenso de la encuesta a realizar.
 - 1.2. Informar en las escuelas del objetivo del proyecto y forma de colaborar.
 - 1.3. Actividad escolar para el análisis del menú semanal con los alumnos: ¿qué he comido esta semana?
 - 1.4. Cálculo de IMC y registro en DGP de OMI AP, a los participantes:
 - 1.4.1. Niños en la escuela llevar báscula y tallímetro
 - 1.4.2. Adultos en consulta
 2. Segundo trimestre 2019: Realización de encuesta a alumnos y familiares >18 años
 3. Segundo semestre de 2019:
 - 3.1 Análisis de los datos,
 - 3.2 Evaluación de indicadores, y
 4. Diciembre de 2019: Memoria del proyecto
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
Según los resultados obtenidos se plantearían distintas intervenciones más adelante.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevención
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0258 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE EMMA ROMERO ARASANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las redes sociales son la clave para la difusión de eventos y la búsqueda de la participación, de la comunidad creando líneas de comunicación.

La participación comunitaria necesita de redes que aúnen las acciones, con la sociedad, colectivos, grupos y entidades para conseguir sus objetivos de salud.

Nuestro centro de salud tiene una oferta de actividades comunitarias, y consultas monográficas, que nos hemos visto en la necesidad de buscar una forma de difusión para llegar a más miembros de nuestra comunidad. Y también es una forma de dar visibilidad al trabajo que se está realizando, para que la sociedad vea otra forma de ganar salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Difundir las acciones comunitarias, formativas y servicios de nuestro centro de salud.

Poner en valor las actividades que se realizan.

Llegar a la comunidad y no sólo a los que acuden a nuestro centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Buscar un espacio/página gratuita, para publicar,
2. Crear un blog: andorraconsaludword.press.com
3. Ir creando entradas en relación a nuestras actividades.
4. Evaluación del resultado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número total de usuarios que han visitado el blog desde su creación
2. Número de usuarios que han visitado el blog de promedio/mes
3. Número de entradas publicadas en el blog desde su creación.
4. Número de temas desde su creación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista es de un año en función de la sostenibilidad del Blog.

1. Febrero 2019: creación del espacio blog en página gratuita
2. A partir de marzo 2019: publicaciones y entradas, de eventos y actividades
3. Diciembre 2019: evaluación de indicadores y resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Los indicadores se pueden exportar de la página del blog.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Preventiva
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ANDORRA
• Localidad ANDORRA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VAQUE BIELSA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
• ROMERO ARASANZ ENMA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
• REPOLLES PERALTA PATRICIA. MATRONA. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
• GALVE CIERCOLES ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• GONZALEZ NIEBLAS ALBERTO. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
• PEÑA GALO EDGAR. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
• MOHAMED LAROSI MOULAY. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el año 2017 se dotó de ecógrafo al centro de salud de Andorra, dentro del programa de implementación de la ecografía establecido por el Salud en la comunidad autónoma. Durante este año se ha formado el personal en la realización de ecografías y ha comenzado la actividad a modo de pilotaje. Sin embargo, se hace necesario establecer una agenda de ecografías, y un circuito organizativo que no afecte el funcionamiento interno del equipo y los permisos oficiales de los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implantar la consulta de ecografía en el centro de salud de Andorra con una agenda estable.
Establecer las indicaciones de ecografía a realizar en nuestro centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se programa la ecografía de martes a viernes desde las 8:00h a las 9:30h, en la agenda generada para ecoAP dentro de la consulta ordinaria de los profesionales sanitarios.
Los profesionales sanitarios tras imprimir hoja de derivación de OMI recordarán a los pacientes la recomendación de acudir en ayunas de 6-8h en el caso de ecografía abdominal y acudir sin orinar al menos 1h antes de la prueba ecográfica en la petición de ecografía de aparato urinario. Se elaborará folleto informativo para los pacientes. Desde el servicio de admisión se citará al paciente en agenda generada, comunicándole día y hora. Así mismo se le citará a su médico en demanda no presencial tras conocer la cita y realizarle la prueba para informar al paciente de los resultados.

Se han establecido indicaciones de derivación:

- Indicaciones de la ecografía clínica hepática y de la vía biliar:
 - Alteración de las enzimas hepáticas.
 - Síndrome constitucional.
 - Seguimiento de lesiones benignas; quistes, hemangiomas...
 - Hepatomegalia.
 - Dolor en Hipocondrio Derecho.
 - Ictericia/ elevación de bilirrubina-fosfatasa alcalina.
 - Dolor en hipocondrio derecho con fiebre.

• Indicaciones de la ecografía clínica pancreática:

- o Dolor epigástrico/dispepsia subaguda con síntomas de alarma: astenia, anorexia, pérdida de peso e irradiación a espalda.
- o Dolor agudo epigástrico de rápida instauración y signos de gravedad: defensa peritoneal, fiebre, vómitos y taquicardia.

• Indicaciones de la ecografía clínica del sistema nefrourológico:

- o Dolor cólico en fosa renal.
- o Dolor en fosa renal y fiebre
- o Síntomas de tracto urinario inferior en el hombre adulto.
- o Hematuria.
- o Alteración de la función renal.

- Indicaciones de la ecografía clínica del tiroides.:

- Palpación de nódulo tiroideo.
- Palpación de bocio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes explorados con ecografía/Nº total de días agendados
Estudio de concordancia diagnóstica en las tres localizaciones entre la solicitud y las indicaciones de ecografía.
Tiempo de espera desde citación hasta realización ecografía

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

.

Proyecto: 2019_0329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

De Enero a Marzo de 2019 ; Se genera la agenda, se decide horario de realización ecografía y se elabora folleto informativo para los pacientes. Se comunica circuito a los profesionales del Centro de salud.

De Marzo a noviembre de 2019: se realizan las ecografías

De Noviembre a enero 2020 evaluación estadística

9. RECURSOS NECESARIOS.

Continuar formación en manejo de ecógrafo con colaboración de otras entidades; Unidad Docente del Sector Alcañiz, (sesiones clínicas, talleres) IACS; Sociedades Científicas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología abdominal y tiroidea
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0101 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

2. RESPONSABLE MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· GINER SANCHO ANA LUISA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· MUÑIZ VEGA MARIA MERCEDES. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· PEREZ OBON JOAQUIN. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· MILLAN GINER CLEMENTE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· BERNAD ARCUSA PEDRO IGNACIO. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA
· NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCIÓN PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto está destinado a todos los alumnos de Educación Primaria, por ser quienes cursan la asignatura de Ciencias Naturales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adiestrar a la población infantil para que sean capaces de reaccionar correctamente ante una situación de emergencia vital (parada cardiorrespiratoria, ahogamientos, quemaduras o accidentes).

Complementar la enseñanza, en lo que a materia de salud se refiere, impartida por el profesorado en sus clases (hábitos saludables e higiene).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades a realizar son, en un primer lugar, la elaboración de material de soporte para la clase (power point), solicitar muñecos de RCP al sector, y por último concretar fecha con los colegios para la realización de la actividad.

En segundo lugar, la realización de las clases o talleres, adaptando su contenido a la edad de los alumnos:

- Alumnos de 1º a 3º: Breve explicación de en qué consisten los primeros auxilios que van a practicar ellos mismos con muñecos o peluches que habrán traído de sus casas. Práctica de posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP y maniobra de Heimlich (a sus propios muñecos); y turno de preguntas sobre dudas que puedan tener ante cualquier tipo de actuación en una urgencia, y explicación de experiencias personales.

- Alumnos de 4º a 6º: Explicación con el material de soporte, práctica sobre posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP en muñecos (por grupos y rotando por los tres maniquís), práctica de maniobra de Heimlich con el maniquí grande, nociones sobre actuación en heridas y curas, y turno de preguntas y participación del alumnado en dudas que les hayan podido surgir.

Y en tercer lugar, y por último, realización de una breve encuesta de satisfacción a los alumnos adaptada a su edad. Se les pasará un cuestionario sobre conocimientos previos antes de empezar la actividad, y el mismo cuestionario al finalizar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta el resultado de las encuestas de satisfacción, puesto que es la forma de ver el interés del alumnado en la actividad que están realizando y de ahí pueden salir posibles modificaciones para los próximos cursos; ya que es una actividad a la que se pretende dar continuidad en el tiempo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La fecha de inicio del proyecto es el momento de su elaboración (Enero 2019) y no está prevista su fecha de finalización porque si resulta una actividad con éxito se seguirá realizando para los próximos cursos.

Elaboración de material de soporte: Actividad realizada por todos los componentes del grupo de trabajo a partir de Enero, en horario de reuniones de EAP.

Solicitud de muñecos al sector durante el mes de Septiembre, para poder disponer de ellos durante el 1er trimestre lectivo, que es cuando están trabajando el bloque de la salud.

Desarrollo de los talleres en las distintas aulas, empleando una clase de Ciencias Naturales por cada grupo (aproximadamente 60 minutos de duración), y dependiendo de la disponibilidad de los muñecos.

El número de sesiones a realizar, oscilará entre 9 y 12 en total, dependiendo del número de alumnos y de la organización de las clases en los distintos colegios del CRA. Por ello, si solamente tienen dos clases de Ciencias Naturales por semana, la actividad se irá desarrollando durante todo un mes; ya que los maniquís y el material de soporte es el mismo para todos los grupos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Maniquís de RCP, que nos presta el sector.

Power point elaborado por el EAP.

Ordenadores, proyectores, pantallas y tatamis que nos ponen en cada colegio.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0101 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ninguna patología. Educación para la salud
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIGA ZARAZAGA NADIA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· SOLANO CASTAN JAVIER. FARMACEUTICO/A. FARMACIA LOPORZANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Diabetes Mellitus tipo II (DM II) es una patología metabólica, se caracteriza por tener los niveles de glucosa elevados en sangre de forma persistente, además tiene una elevada morbimortalidad asociada.

La DM II es una enfermedad crónica y se ha convertido en la gran amenaza del siglo XXI, incluso afecta a tantas personas que, en algunos países, está ya cerca de la pandemia.

Cada año aumenta considerablemente el número de personas que padecen DM II en la comunidad de Aragón, una tendencia que según todos los expertos no está previsto que se detenga. En 2017 afectaba a unos 120.000 aragoneses y se prevé que en 2030 esta cifra pueda superar los 220.000, es decir pueda llegar a afectar al 17% del total de la población aragonesa.

Según el cuadro de mandos de la Diabetes, en nuestro Sector Alcañiz hay 5.353 pacientes diagnosticados de DM II con una prevalencia del 7,73% y en el Centro de Salud de Calaceite hay 221 pacientes diagnosticados con una prevalencia del 9,24%.

En la mayoría de los casos los principales factores de riesgo de DM II son el sedentarismo y una alimentación incorrecta. El sedentarismo se define como aquellas actividades asociadas a un gasto energético menor de 1,5 METS (MET= Equivalente Metabólico Basal) e incluye actividades como estar sentado, ver la televisión, conducir etc...

Para combatir el sedentarismo se recomiendan de 45-60 minutos de ejercicio como paseos, natación, bicicleta etc... durante al menos 5 días por semana.

Tras analizar estos datos, nos parece un proyecto pertinente debido al aumento de la prevalencia de la DM en nuestro sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar la motivación acerca de la realización ejercicio físico, de los pacientes con DM II del Centro de Salud de Calaceite.
- Informar y sensibilizar a los ciudadanos acerca de la importancia de la DM II sobre la salud.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar el empoderamiento de los pacientes en el control de su enfermedad.
- Reducir el nivel de estrés mediante el fomento del ejercicio físico, el ejercicio en la naturaleza además incrementará el beneficio conseguido.
- Garantizar la continuidad del proyecto y aplicar mejoras futuras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, según la condición física de los participantes, por los alrededores de la población de Calaceite.

Antes y después de los paseos se programarán series de estiramientos y al finalizar se realizarán 20 minutos de ejercicios de relajación.

La actividad se llevará a cabo los viernes a las 18:00 horas y tendrá una duración de 60 minutos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de pacientes seleccionados para realizar la actividad/ N° de pacientes que realizan la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al comenzar la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al finalizar la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad *100.
- N° de pacientes que continúan con la actividad al finalizar el año/N° de pacientes que comienzan la actividad*100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se desarrollará desde enero hasta diciembre de 2019. Comenzará en mayo coincidiendo con la primavera y la llegada del buen tiempo para facilitar los paseos.

A pesar de la estimación de estas fechas, la pretensión es que sea un proyecto que se continúe realizando a largo plazo e incluso se pueda ampliar y promover en otros Centros de Atención Primaria.

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: enero-febrero de 2019.

Proyecto: 2019_0164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- Diseño de carteles informativos: marzo de 2019.
- Difusión de los carteles informativos: marzo de 2019.
- Selección de los participantes y diseño de los paseos de marcha: abril de 2019.
- Jornada de presentación del proyecto "Actívate" a los profesionales del Centro de Salud: abril de 2019.
- Medición de constantes vitales (TA, FC y SatO2) al comenzar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Medición de constantes vitales al finalizar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Realización de los paseos, estiramientos y relajación: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre hábitos sedentarios al comenzar y finalizar la actividad: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad: diciembre de 2019.
- Análisis de los resultados y planteamiento de acciones correctivas: diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La actividad la realizarán inicialmente profesionales del Centro de Salud y posteriormente se solicitará apoyo a personas de la comarca para fomentar su continuidad.

10. OBSERVACIONES.

El proyecto es susceptible de modificaciones según la disponibilidad de los profesionales y de los pacientes participantes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES (DM) EN EL CS DE CALACEITE (CUADRO DE MANDOS EN DIABETES)

2. RESPONSABLE NADIA ORTIGA ZARAZAGA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS CALACEITE
• Localidad CALACEITE
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SIMON MELCHOR ALBA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
• ALCAINE PARICIO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
• LLORENS PALANCA DOLORES. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
• SOLANO CASTAN JAVIER. FARMACEUTICO/A. FARMACIA LOPORZANO. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hipoglucemia (HG) es una condición que se caracteriza por niveles bajos de glucosa en sangre (por debajo de 70 mg/dl). Es una de las complicaciones agudas más frecuentes de la DM. Se puede presentar en los diabéticos insulino-dependientes y en los tratados con antidiabéticos orales fundamentalmente secretagogos. La etiología es multicausal, las causas más frecuentes son: un mal seguimiento de la dieta, irregularidad en los horarios de comidas, incumplimiento del tratamiento farmacológico, errores en la administración de insulina, enfermedades intercurrentes, situaciones que alteran los requerimientos de insulina e interacciones con otros fármacos. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un parámetro que evalúa el nivel promedio de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses. Su determinación se lleva a cabo para evaluar el control de la DM, a partir de sus valores se establece el tratamiento más adecuado a cada paciente (dieta, medicación y tipo de ejercicio). Para lograr un buen control terapéutico de la DM es fundamental prevenir las HGs y lograr unos niveles de HbA1c óptimos. En el sector Alcañiz la prevalencia de DM es del 7,73% y en nuestro CS Calaceite es del 9,24%. Dada la alta frecuencia de esta patología y la posible gravedad de la misma, creemos de vital importancia instruir a nuestros pacientes en el cumplimiento de una serie de medidas higiénico-dietéticas para lograr unos niveles deseados de HbA1c, además de evitar y manejar las situaciones de HG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.
- Educar al paciente y/o a sus familiares para lograr un cambio de actitudes y comportamientos inadecuados.
- Aumentar la motivación y los conocimientos acerca de la DM.
- Analizar y reducir los niveles inadecuados de HbA1c.
- Prevenir, detectar y tratar las situaciones de GH.
- Verificar si los diabéticos disponen de Glucagón para el tratamiento de las HGs. Este fármaco precisa receta médica para su dispensación, es necesaria su conservación en nevera (termolábil) y para lograr su efecto deseado y seguro no debe estar caducado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Detección de la población con DM del CS Calaceite
- Distribución de encuesta para valorar los conocimientos al inicio del proyecto de los pacientes, familiares cercanos o cuidadores en cuanto a la dieta, ejercicio, medicación e HGs
- Realización de 6 sesiones grupales (se realizará 1/mes de 45 min.) de Educación para la Salud (EPS) a los diabéticos y/o a sus familiares
- Elaboración de folleto gráfico para reeducar a pacientes y/o a sus familiares
- Detección y registro de las HGs /6 meses
- Determinación y registro de los valores de HbA1c/3 meses
- Control de bases aprendidas mediante la distribución de una encuesta de evaluación formada por 9 preguntas sobre DM tras la realización de las sesiones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº pacientes y/o familiares que asisten a las sesiones grupales de EPS/Nº de pacientes y/o familiares seleccionados inicialmente*100.
- Nº profesionales del CS que asisten a la sesión clínica de presentación del proyecto/Nº de profesionales del CS*100.
- Nº pacientes y/o familiares que asisten a las sesiones grupales de EPS/ Nº encuestas de conocimientos cumplimentadas al inicio del proyecto*100.
- Nº pacientes y/o familiares que asisten a las sesiones grupales de EPS/Nº de pacientes y/o familiares que contestan correctamente las 9 preguntas de la encuesta de evaluación sobre DM tras las sesiones*100.
- Nº HGs resueltas por los pacientes y/o familiares que asisten a las sesiones grupales de EPS/Nº HGs identificadas durante 2 meses tras finalizar las sesiones*100.
- Nº pacientes con niveles aceptables de HbA1c tras 2 meses de las sesiones grupales de EPS/ Nº pacientes y/o familiares que asisten a las sesiones grupales de EPS*100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración inicial del proyecto será desde enero de 2019 hasta diciembre de 2019 coincidiendo con el proyecto

Proyecto: 2019_0328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES (DM) EN EL CS DE CALACEITE (CUADRO DE MANDOS EN DIABETES)

"Actívate para el control de la diabetes en el CS de Calaceite". Es susceptible de prolongar su duración en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: enero-febrero de 2019.
- Diseño y distribución de folletos gráficos: marzo de 2019.
- Selección y contacto con los pacientes: marzo de 2019.
- Realización de una sesión clínica en el CS para presentar el proyecto: abril de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas de conocimientos al inicio del proyecto: abril de 2019.
- Realización de las sesiones grupales: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas de evaluación tras las sesiones: noviembre de 2019.
- Detección y registro de hipoglucemias: mayo-diciembre de 2019.
- Determinación y registro de los niveles de HbA1c: mayo-diciembre de 2019.
- Evaluación de los resultados y planteamiento de acciones de mejora: diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La actividad se llevará a cabo por los profesionales del CS mediante el apoyo de material ofimático elaborado para las sesiones grupales y folletos informativos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0515 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION OPORTUNISTA DE FIBRILACION AURICULAR ASINTOMATICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE DANIEL JUNCOSA OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUNCOSA FANTOVA FERNANDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BARDAJI RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MARCELIN JEAN ELIE. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· COSTA MONTAÑES ROSA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO LABANDA AURORA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente en nuestro medio. En muchas ocasiones cursa de forma asintomática, aumentando el riesgo de eventos cardioembólicos. En caso de detección de fibrilación auricular asintomática, la mayoría de los pacientes son derivados al servicio de Urgencias hospitalarias para iniciar tratamiento anticoagulante debido a que no existe ningún protocolo de actuación frente a un hallazgo casual de fibrilación auricular en consultas de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detección oportunista de FA asintomática en consultas de medicina/enfermería mediante palpación de pulso radial y/o auscultación en todo paciente que precisa toma de tensión arterial.
Establecer una pauta de actuación para que a todo paciente con pulso arrítmico no conocido previamente y asintomático se le realice electrocardiograma y sea valorado por su MAP en el mismo día.
Establecer una guía de inicio de tratamiento anticoagulante, en coordinación con el servicio de Hematología, para el manejo inicial del mismo y evitar de esta manera acudir al servicio de Urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de una guía de actuación en coordinación con los servicios de Hematología y Cardiología del Hospital de Alcañiz.
Formación del personal sanitario del centro de salud para la aplicación de la vía de actuación.
Evaluación de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Incidencia de FA asintomática detectada en el centro de salud a lo largo del año.
Porcentaje de pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante desde Atención Primaria y no han precisado acudir a Urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación de grupo de trabajo medicina/enfermería para la elaboración de la guía de actuación: Marzo-Abril 2019
Formación del personal del centro de salud: Mayo 2019
Comienzo de aplicación de guía de actuación: Junio 2019
Evaluación de resultados : Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL BOTIQUIN Y ADAPTACION DE STOCKS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

2. RESPONSABLE AURORA BLASCO LABANDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCELIN JEAN ELIE. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· COSTA MONTAÑES ROSA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· JUNCOSA OLIVERA DANIEL. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MIRAVET GOMEZ ARTURO. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras las revisiones mensuales del botiquín de farmacia del centro de salud nos damos cuenta de algunos errores:

1. La colocación de los fármacos del botiquín no es la más adecuada y dificulta la localización del fármaco buscado.
2. Existen fármacos que ya no se usan, o bien han dejado de servir en farmacia, y deberíamos retirarlos del stock.
3. Últimamente se han roto algunos stocks, por ello se deberían actualizar los mismos a los consumos actuales.
4. Déficit de nuevos fármacos que actualmente están autorizados para Atención Primaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la localización de los fármacos por parte de los componentes del EAP
- Asegurar el control de existencias para evitar las roturas de stock
- Actualizar la lista de fármacos a las necesidades actuales del CS Calanda

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reunión y consenso con el equipo para retirar e incluir fármacos nuevos, además de la actualización de stocks
2. Solicitar a mantenimiento la colocación de nuevas baldas para disponer la medicación y un corcho para anotación de roturas de stocks y control mensual de caducidades
3. Petición al servicio de farmacia de cajas y etiquetas para colocación de fármacos
4. Ordenación de fármacos por orden alfabético y principio activo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Valorar en Diciembre del 2019 la adecuación de los nuevos stocks al consumo actual del centro, revisando las hojas de rotura de stocks y el volumen de fármacos caducados.
2. Revisión del uso de los nuevos fármacos incluidos en botiquín, y valoración de la necesidad de incluir de nuevo los ya retirados.
4. Evaluación por parte del equipo sobre la nueva reestructuración, si permite buena visualización, y es cómodo y fácil para todos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1º Trimestre 2019: reunión con equipo para valorar incluir o retirar fármacos, así como establecer nuevos stocks
- 2º Trimestre 2019: colocación de corcho y estanterías en el botiquín. Etiquetado y ordenación de los fármacos
- 4º Trimestre 2019: Reunión con el equipo para valoración de los cambios realizados

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL BOTIQUIN Y ADAPTACION DE STOCKS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0774 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACARTA GARCIA PEDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· SOLANO SANCHEZ MARINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARCEN ECHANDI BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARTINEZ CRESPO ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hepatitis C es prevalente en todo el mundo. Se estima que hay 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C.

Las regiones de la OMS más afectadas son las del Mediterráneo Oriental y Europa, con una prevalencia del 2,3% y 1,5% respectivamente. La prevalencia de la infección por VHC en otras regiones de la OMS oscila entre el 0,5% y el 1,0%. En función del país, la infección por el virus de la hepatitis C puede concentrarse en algunas poblaciones (por ejemplo, entre los consumidores de drogas inyectables), y/o en la población en general. Existen numerosas cepas (o genotipos) del VHC, cuya distribución es variable según la región.

- El virus de la hepatitis C se transmite a través de la sangre, y la mayoría de las infecciones se producen por exposición a pequeñas cantidades de sangre a través del consumo de drogas inyectables, de prácticas de inyección o de atención sanitaria poco seguras y de la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar.

- Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado.

- Cada año mueren unas 399 000 personas debido a la hepatitis C, sobre todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular.

- Los antivirales de acción directa pueden curar más del 95% de los casos de infección por el virus de la hepatitis C, lo que reduce el riesgo de muerte por cáncer de hígado y cirrosis. Sin embargo, hasta ahora no se han podido tratar adecuadamente a los pacientes ya diagnosticados ni se ha incidido en el afloramiento de casos existentes.

- En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la hepatitis C, pero la investigación en esa esfera continúa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Disminuir el riesgo de infección de VHC con educación a la comunidad sobre los mecanismos de transmisión mediante carteles, folletos

2. Captación oportunista de los pacientes en consulta de médica o de enfermería con el cribado de personas de riesgo.

3. Diseño e implementación del circuito de derivación de los pacientes con infección por VHC planteado por el Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en la Comunidad Autónoma de Aragón adaptado a la idiosincrasia del Sector de Alcañiz.

El diagnóstico precoz puede prevenir problemas de salud derivados de la infección, y también la transmisión del virus.

Según el proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C en Aragón, se establecen unos criterios de cribado para personas de riesgo, que son:

- Antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1990
- Antecedentes de procedimientos invasivos, cirugía o intervenciones odontológicas antes de 1980

- Antecedentes de hemodiálisis crónica
- Antecedentes de inyección o inhalación de drogas compartiendo jeringuillas u otros materiales, incluso solo una vez

- Antecedentes de internamiento en instituciones penitenciarias
- Personas infectadas por el VIH o VHB

- Exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado

- Antecedentes de tatuajes, piercings, o procedimientos con instrumental punzante (manicuras, pedicuras, acupuntura, micropigmentación..)

realizados sin las debidas precauciones sanitarias

- Niños nacidos de madres infectadas por el VHC a partir de los 18 meses
- Convivientes o parejas sexuales de personas infectadas por el VHC
- Hombres que tienen relaciones sexuales de riesgo con hombres
- Trabajadores sexuales

Se quiere conseguir:

1. Estandarización y simplificación del método diagnóstico del VHC
2. Circuito de derivación para pacientes con diagnóstico de VHC

Proyecto: 2019_0774 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

3. Garantizar el acceso al tratamiento más eficiente de los pacientes con VHC en Sector Alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar sesiones clínicas en todos los centros de salud del sector Alcañiz, con power point, explicando la estrategia, cómo hacer el cribado y a quién e informar de cómo incluirlo en OMI con el protocolo de hepatitis C
2. Contactar con el servicio de digestivo para tener una estrategia común para todos los centros de salud tras la detección de hepatitis C: Qué hacer y qué pruebas solicitar
3. Solicitar al Gobierno de Aragon cartelería y folletos informativos para la educación sanitaria y prevención de la población

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de cribados realizados
2. % de personas que han sido diagnosticadas de VHC
3. % pacientes con VHC tratadas con antivirales
4. % de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C al que se ha realizado elastografía hepática (Fibroscan)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2019, acudiendo a cada centro de salud para implantar el proyecto y el protocolo a seguir

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0590 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP BASICA EN ADULTOS Y MANEJO DE DEXA

2. RESPONSABLE LUCIA DEL PILAR MENDAÑA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARCO LOSTAL CARMEN. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PAULO FUERTES ROSANA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· EDO MALLEN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.
La población perteneciente a este CS al encontrarse en un ambito rural aislado y alejado de centros hospitalarios y siendo la comunicación entre las distintas poblaciones y sus puntos de Atención primaria y de Atención continuada de difícil cobertura (carreteras, climatología.....) solicitan un curso básico sobre RCP y utilización de DEXA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aprendizaje de normas básicas sobre RCP y utilización de DEXA. Adultos mayores de 12 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Enseñar las nociones básicas sobre RCP y utilización de DEXA mediante medios audiovisuales y práctica con muñecos en grupos reducidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cuestionarion previo y posterior a la realización de la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A partir de septiembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Proyector, ordenador, dexa, sala amplia y muñecos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sistema cardiorrespiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS INMIGRANTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE

2. RESPONSABLE SUSANA RAQUEL MORENO BERRUEZO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CASPE
- Localidad CASPE
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ISTRATE RAMONA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ROMERO SEGURA ANDREA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ADELL GUIMERA LETICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- FELEZ CASTRO ANTONIO JAVIER. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Proyecto surge ante la necesidad de mejorar la salud bucodental de un colectivo muy frecuentador del Servicio de Urgencias de nuestro Centro de Salud que es el colectivo de niños inmigrantes. La necesidad ha sido detectada por la alta frecuentación del Servicio de Urgencias por niños con odontalgia que lejos de acudir inicialmente a la consulta del dentista o de su pediatra, acuden en primer lugar al Servicio de Urgencias cada vez que sufren cualquier tipo de patología bucodental, observándose en todos ellos caries dental entre otras patologías.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos aplicados desde el Servicio de Atención Continuada del Centro de Salud de Caspe sobre niños inmigrantes de edades comprendidas entre 0 y 14 años:

- a) Detectar incidencia de caries dental en la población diana.
- b) Evitar evolución de caries dental una vez detectada en la población diana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

a) Detectar incidencia de caries dental en la población diana mediante:

Elaboración de una base de datos para registro de nuevos casos donde se recojan los siguientes items: datos de filiación con nombre y apellidos, edad del niño, detección de caries dental, realización de encuesta, realización de consejo sanitario, administración del tríptico, derivación al dentista.
Registro en base de datos de episodios de caries dental en población diana que acude a Servicio de Atención Continuada por cualquier patología y que le es detectada caries dental.
Procesado de datos y extracción de conclusiones.

b) Evitar evolución de caries dental una vez detectada en la población diana mediante:

Encuesta con dos preguntas básicas: tipo de dieta que sigue el niño; lavado diario de dientes y número de veces al día.

Consejo sanitario personalizado en función de respuestas obtenidas en la encuesta.

Elaboración de Tríptico informativo.

Derivación al dentista.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Base de datos donde se recojan:

Datos de filiación de los casos detectados
Edad de los afectados comprendida entre 0 y 14 años

Detección de caries dental

Encuesta sobre factores de riesgo

Consejo sanitario

Administración de Tríptico informativo

Derivación al dentista

Fuente de datos:

Niños inmigrantes con edades comprendidas entre 0 y 14 años que acuden a Urgencias por cualquier tipo de patología y que son diagnosticados accidentalmente de caries dental.

Indicadores:

Nº de nuevos casos detectados de caries dental en total de niños inmigrantes censados de 0 a 14 años (datos obtenidos del censo de la población de Caspe).

Nº de Encuestas y Trípticos entregados, realizados desde el Servicio de Atención Continuada del Centro.

Nº de consultas al dentista durante el año en vigor para calcular evolutivo en años próximos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio del Proyecto: Mayo

Mayo-Junio: Elaboración de base de datos, Elaboración de la encuesta sobre factores de riesgo y Elaboración de Tríptico informativo

Julio: Comienzo de recogida de datos

Agosto-Diciembre: Monitorización de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponibilidad del personal de Urgencias MAC y EAC durante las guardias realizadas en el Centro de Salud, para registrar nuevos casos de caries dental en la población diana.

Base de datos para recogida de los datos a analizar.

Encuesta para detección de factores de riesgo.

Proyecto: 2019_1267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS INMIGRANTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Tríptico informativo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACION PARA ORIENTAR A PACIENTES CRONICOS EN EL SISTEMA SANITARIO

2. RESPONSABLE MARTA BLASCO CASORRAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLES PALLARES LUCIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MORENO MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ROCA BELENGUER MARGARITA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA BUISAN CAROLA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA BRUNA MARIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASPE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GODINO MOYA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge la Atención a pacientes crónicos. Para llevar a cabo este servicio que ocupa gran parte de nuestras agendas, los pacientes incluidos son citados con la periodicidad correspondiente en las consultas de su enfermera y su médico de familia.

Uno de los objetivos que se plantean al finalizar estas consultas de enfermería es el codificado en la taxonomía NOC "Conducta de cumplimiento" (1601). Una de las intervenciones enfermeras dirigidas al logro de este objetivo es la recogida en la NIC "Orientación en el sistema sanitario" (7400). Como actividades concretas relacionadas con esta intervención, la NIC recoge:

740024 Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades asistenciales, según corresponda.

740033 Notificar al paciente las visitas programadas, según corresponda.

Para llevar a cabo estas actividades, las enfermeras acuerdan la fecha de próxima visita con el paciente y realizan una anotación doble de la próxima cita. Por un lado, en la agenda de OMI-AP y además, en un soporte en papel se anota al paciente la próxima cita. Actualmente no disponemos de un formato adecuado, ya que las "tarjetas amarillas" de las que disponemos están obsoletas, su espacio es muy reducido y frecuentemente producen que los pacientes se equivoquen en el día u hora de la cita.

Por otra parte, las enfermeras observamos que los pacientes a menudo nos traen a consulta autorregistros de TA o glucemias anotados en formatos no adecuados o casi ilegibles. Detectamos la necesidad de disponer de un formato para aquellos pacientes que se realizan controles de TA o glucemias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la comunicación entre profesional y paciente mediante el uso de una "Tarjeta de citación y seguimiento" que sirva para registrar las citas en consulta programada.

Disminuir el número de pacientes que no acuden a las consultas programadas.

Mejorar los indicadores de seguimiento de pacientes crónicos.

Adaptar la Tarjeta para que aporte información sobre datos del paciente (TA, glucemia, peso...), de manera que éstos puedan ser consultados y compartidos con el paciente, familiares y otros profesionales.

Adaptar la Tarjeta para incluir autorregistros en aquellos casos que lo requieran, de manera que el paciente pueda compartirlos con los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisar los formatos de los que se dispone en el centro.

- Reunión del grupo de trabajo exponiendo las necesidades y las características que debe tener la nueva herramienta. Elaboración de un modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento".

- Pilotaje durante 4 meses.

- Reunión del grupo de trabajo y evaluación. Análisis de indicadores y se plantearán posibles mejoras.

- Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento". Inclusión como formato propio del centro de salud codificándolo según el sistema de gestión de calidad.

- Presentación al EAP e implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Durante el periodo de 4 meses de pilotaje, las enfermeras entregarán un total de 150 tarjetas a pacientes crónicos que acudan a consulta de seguimiento. Para cada uno de ellos, se registrarán los datos indicados en una tabla. Tras el periodo de 4 meses del pilotaje, se evaluarán los siguientes indicadores:

- % de uso de la tarjeta: N° tarjetas entregadas / n° total de tarjetas impresas para el pilotaje (150 unidades) x 100. Estándar: 100%

- Asistencia del paciente a la cita: n° de pacientes a los que se entregó tarjeta que acuden a la cita / n° total de pacientes a los que se les entregó tarjeta x 100. Estándar: 90%.

- Satisfacción media de los pacientes con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de pacientes que evalúan. Estándar: 4

- Satisfacción media de los profesionales con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de profesionales que evalúan. Estándar: 4

- Uso de los autorregistros: n° de pacientes que han rellenado autorregistros / n° de pacientes a los que se les ha indicado realizar registros x 100. Estándar: 90%.

Proyecto: 2019_0180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACION PARA ORIENTAR A PACIENTES CRONICOS EN EL SISTEMA SANITARIO

A partir de estos indicadores y de las observaciones subjetivas percibidas por pacientes y profesionales, el grupo de trabajo acordará el modelo definitivo de tarjeta, realizando las modificaciones oportunas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto será llevado a cabo entre los meses de enero a septiembre de 2019.

- Enero - febrero: Diseño y planificación de la nueva tarjeta por el grupo de trabajo.
- Marzo - Junio: Pilotaje del uso de la nueva tarjeta
- Julio: Evaluación por el grupo de trabajo.
- Agosto: Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento" y codificación.
- Septiembre: Presentación y difusión al resto del EAP por el grupo de trabajo. Implantación del nuevo modelo de Tarjeta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Programa informático, folios e impresora para el diseño e impresión de las nuevas tarjetas (Centro de Salud).
- Ficha de recogida de datos y programa informático para el análisis de indicadores (Centro de Salud).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CRÓNICOS: HTA, DM, DLP, OBESIDAD, EPOC
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1076 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GAVIN MARI CARMEN. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· LAMARRE MICHELOT. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO CASORRAN MARTA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO SEGURA ANDREA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO CALAVIA CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASPE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atención comunitaria se define como "el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos".

La Agenda Comunitaria se dirige a mejorar la salud y el bienestar de las personas de la zona, promover el autocuidado, reducir la medicalización de los problemas personales y sociales, visibilizar y potenciar los recursos y activos comunitarios y reducir las desigualdades sociales en la salud. Este último es un importante fin en nuestra Zona Básica de Salud de Caspe dadas las características de la población, con un elevado índice de población inmigrante, asalariados eventuales y desempleo. Atendiendo a las desigualdades sociales, recientemente hemos conocido que el Índice de Privación de nuestra ZBS es de los más elevados de Aragón (<https://idearagon.aragon.es/atlas/#>).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear un grupo de Atención Comunitaria en el que participen varios profesionales del EAP con diferentes perfiles. Diseñar el contenido básico de la Agenda Comunitaria:
Ofertar formación dirigida a los miembros del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria. Integrar las actividades comunitarias en la planificación del Centro de Salud.
Difundir la Agenda Comunitaria al EAP, al Consejo de Salud de la ZBS, a la población y a la Gerencia del Sector.
Evaluar las actividades llevadas a cabo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP.
Reunión del grupo de trabajo.
Diseño de la Agenda Comunitaria.
Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud, a otras entidades de la población y la la Dirección del Sector.
Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria:
Educación grupal para la preparación al parto.
Taller en los colegios del municipio sobre Reanimación Cardiopulmonar.
Participación en la Mesa de Violencia de género.
Participación en el Consejo de Salud de Zona.
Participación en el Plan de convivencia en la diversidad cultural de Caspe.
Taller sobre Educación Sanitaria dirigido a personas inmigrantes en colaboración con la Escuela de Adultos.
Formación conjunta con Bomberos sobre la atención el accidentes de tráfico y traumas graves.
Reunión del grupo de Atención Comunitaria, evaluación de las actividades realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El Grupo de Atención Comunitaria se reunirá con periodicidad trimestral. Al finalizar el año, se realizará una evaluación global con los siguientes indicadores:

Nº de profesionales que participan en el Grupo de Atención Comunitaria / Nº mínimo de perfiles profesionales que constituyen el grupo (3) x 100 (Estándar: 100%).
Nº de actividades planificadas realizadas en el año 2019 / Nº de actividades planificadas en la Agenda Comunitaria x 100 (Estándar 90%).
Nº de reuniones del grupo de Atención comunitaria (Estándar: 4)
Nº de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria a lo largo del año (Estándar: 2).
Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno / Nº de actividades desarrolladas (Estándar: 80%).
Nº de actividades formativas sobre intervenciones comunitarias cursadas por los miembros del grupo de Atención Comunitaria / Nº de miembros del grupo de Atención Comunitaria (Estándar: 60%).

Proyecto: 2019_1076 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La Agenda Comunitaria se planifica anualmente. Aún no se dispone de fecha concreta para la realización de la mayoría de actividades, si para algunas de ellas que exponemos a continuación:

Constitución y puesta en marcha del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria: Enero - Febrero 2019.

Diseño de la Agenda Comunitaria de 2019: Febrero - Marzo 2019.

Difusión al EAP y al Consejo de Salud: Marzo - Abril 2019.

Participación en la semana de la seguridad en colegios: 8-12 de Abril 2019 junto a bomberos, policía local y guardia civil.

Jornadas con bomberos (Intercambio de experiencias y conocimientos): 6 y 8 de mayo 2019.

Resto de actividades incluídas en la Agenda Comunitaria: Mayo - Noviembre 2019.

Formación al EAP: Mayo - Noviembre 2019.

Reunión del grupo de trabajo y evaluación de la Agenda Comunitaria: Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: La creación y desarrollo de la Agenda Comunitaria se llevará a cabo por profesionales motivados del propio EAP.

Recursos materiales:

Bibliografía de apoyo:

Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?

Recursos del SARES

Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION DEL PACIENTE PALIATIVO

2. RESPONSABLE ELISENDA CANTIN LOPEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARQUINA PEREZ ASCENSION. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ROYO BLESIA MARIA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MEDINA MORA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente con el envejecimiento de la población, han aumentado el número de pacientes en situación paliativa. Estos paciente requieren de una atención distinta y la modificación de su clínica puede variar en cuestión de pocas horas. Esto hace que el personal de Atención Continuada de los fines de semana se encuentre con tener que realizar una atención domiciliaria sin tener la información necesaria e importante para garantizar el mejor cuidado y confort de estos pacientes y de sus familias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Propuesta de realización de una agenda interna en al cual cada MAP tenga la opción de incorporar a aquellos pacientes que se encuentren en situación paliativa con previsión de empeorar en los 10-15 próximos días.
- Mejora en la atención de los pacientes en situación paliativa y evitar derivaciones innecesarias al Hospital.
- Disminuir el sufrimiento de los pacientes y de sus familias y garantizar una muerte digna al paciente.
- Mejorar el circuito de comunicación entre el personal de EAP y AC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Presentación del proyecto al EAP de Hajar en reunión de equipo.
- 2.-Realizar taller informativo de los requisitos necesarios para considerar a un paciente en situación paliativa.
- 3.-Creación de una agenda en OMI donde cada MAP pueda incluir a su paciente en situación paliativa (bien sea oncológico o no oncológico).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1.-El proyecto ha sido presentado al equipo.
- 2.-Se ha realizado la sesión clínica explicativa de los requisitos necesarios para considerar a un paciente como paliativo.
- 3.-Generar agenda en OMI
- 4.-Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto
- 5.-Evaluar el grado de satisfacción de personal de medicina y de enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1.-Primer semestre 2019
Presentación e información del proyecto al EAP.
Realización del Taller ¿Qué criterios debe reunir el paciente paliativo?
- 2.-Segundo semestre 2019
Realización de la agenda

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Creación de la agenda.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier tipo de patologia en situación paliativa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO COMO SOPORTE AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE PARA INTENTAR DISMINUIR MAYOR SOBRECARGA EN EL CUIDADOR

2. RESPONSABLE CRISTINA MEDINA MORA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CANTIN LOPEZ ELISENDA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ROYO BLESIA MARIA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MARQUINA PEREZ ASCENSION. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El centro de salud de Híjar da cobertura sanitaria a diez pueblos que conforman la comarca del Bajo Martín. Hemos observado que se trata de una población mayoritariamente envejecida y con gran dependencia sociosanitaria. Con la consiguiente problemática o carga en los cuidadores principales, que influye en la calidad de vida y por tanto, en su salud. El perfil general de cuidador es un familiar de primer grado y sexo femenino. Por lo tanto, se ve la necesidad de apoyar a los cuidadores principales, puesto que éstos también influyen en la calidad de los cuidados a las personas ancianas dependientes de las que se hacen cargo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es conseguir mejor la calidad de vida del cuidador principal evitando la sobrecarga emocional y/o física que conlleva el cuidado diario de este tipo de pacientes. La población diana será cuidadores de pacientes crónicos dependientes que viven en domicilio particular obtenidos mediante extrapolación de datos de OMI y de la información facilitada por el EAP de cada consultorio que conforman el EAP de Híjar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Enviar a través del correo corporativo la información necesaria para que todo EAP reciba la información del proyecto y solicitar la colaboración para la recogida de la población diana. Buscar población diana real en base a los datos recogidos en OMI y por el EAP, se entregaran cuestionarios de sobrecarga del cuidador a los participantes para valorar su grado de sobrecarga. Tras recogida de datos y valorando las necesidades, se elaborará trípticos con recomendaciones básicas, consejos, ayudas institucionales, recursos sociales para evitar mayor sobrecarga valorar el grado de satisfacción tras finalización del proceso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Índice de participación con numerador las personas que participan y con denominador el total de cuidadores principales obtenidos mediante los datos. Los datos se recogerán desde OMI y del conocimiento del paciente por parte del EAP. Encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1º semestre 2019: Envío de la información al EAP para exponer el proyecto.
- 2º semestre 2019: Recogida de datos y realización del cuestionario.
- Último trimestre 2019: Realización de tríptico informativo y encuesta de satisfacción

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CARGA DEL CUIDADOR
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0694 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

2. RESPONSABLE PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAMIAN GUERRERO ASUNCION. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAGUNA SARRIA JULIAN. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CARMANIU TOBAL JORGE. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace más de 20 años, la Cirugía Menor, se define como "aquellos procedimientos quirúrgicos que tienen en común ser procedimientos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, baja anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas" (Menon, NK. Minor Surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:217-9)

En España, la Cirugía Menor, se encuentra incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde 1995 (RealDecreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y mantenida en el Real Decreto 1030/2006 sobre Cartera de Servicios Comunes)

La Cirugía Menor constituye una de las áreas básicas en la formación del médico de familia, siendo considerada una habilidad fundamental en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La revisión de diferentes publicaciones en España en los últimos años, avalan la viabilidad de la implantación de la CM en AP, porque consigue disminuir las listas de espera para Cirugía General y Dermatología, se obtiene una elevada concordancia clínico-patológica y se aumenta la satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales.

Además su práctica es costo-efectiva, estimando que reduce entre un tercio y la mitad el gasto sanitario imputable a los mismos procedimientos, realizados en unidades quirúrgicas especializadas.

Todo ello refuerza que sea Atención Primaria el lugar idóneo donde realizar procedimientos quirúrgicos sencillos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Integrar procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en la actividad médica habitual del CS Híjar
2. Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria una herramienta útil para la realización de Cirugía Menor
3. Tratar todas las patologías incluidas en la cartera de servicios susceptibles de ser realizadas en Atención Primaria
4. Mejorar la calidad de servicio al usuario, con mayor accesibilidad a los procedimientos de cirugía menor

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. CREACIÓN DE UNA AGENDA DE CIRUGIA MENOR

Se realizará los miércoles de 12: 30h a 14:15h en en la Sala de Urgencias del CS Híjar. Se citarán 5 PACIENTES como máximo.

2. CREACIÓN DE UNA CARPETA DE CIRUGIA MENOR.

Se abrirá una carpeta en OMI-AP con todos los documentos inherentes al proceso asistencial quirúrgico (anexos 1, 2, 3,4 y 5) para mayor accesibilidad a todos los profesionales del equipo.

3. LESIONES susceptibles de cirugía menor:

- Herida cutánea
- Absceso cutáneo
- Dermatofibroma. Quiste epidérmico. Quiste mucoide
- Verruga. Molluscum contagiosum. Fibroma blando/péndulo
- Uña incarnata, panadizo
- Queratosis actínica. Queratosis seborreica
- Lipoma

4. CAPTACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes serán captados en las consultas de AP (MAPs y EAPs) donde se valorará la indicación de su intervención.

Se abrirá un Episodio en OMI-AP que inicie una derivación a Cirugía Menor Ambulatoria y se efectuarán los siguientes pasos:

- Complimentar hoja de valoración quirúrgica (Anexo 1).
- Informar y entregar al paciente el consentimiento informado, con la información prequirúrgica documentada (Anexo 2).

- El paciente podrá revocar su consentimiento al procedimiento, si así lo desea (Anexo 3)

5 . EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Será imprescindible que el paciente aporte el consentimiento informado debidamente firmado. Una vez intervenido:
-Se entregará la hoja informativa post-intervención (Anexo 4).

Proyecto: 2019_0694 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

Si se cursa AP, se utilizará la hoja para estudios anatomo-patológicos del Hospital de Alcañiz. El informe constará en la HCE y se enviará copia al médico de familia, y/o paciente.

6. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Se realizará en el centro de salud, excepto en aquellos pacientes que hayan sido derivados a atención especializada por:

- Diagnóstico incierto, falta de conocimientos o de material necesario para la intervención.
- Resultado histológico informado como lesión maligna.
- Presencia de alguna complicación no asumible por AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP
- Número de intervenciones anuales realizadas.
- % de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- % de dehiscencias de suturas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración 9 meses. Desde 04/2019 a 12/2019 (fechas "variables" en dependencia de la disposición o/no del material necesario)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Infraestructura y mobiliario adecuado. Material básico. Cajas de instrumental quirúrgico. (Anexo 5)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_0852 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAGUNA SARRIA JULIAN. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN LÓPEZ ELISENDA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROYO BLESIA MARIA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MEDINA MORA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GIL MARIN MARIA DEL MAR. PEDIATRA. CS HIJAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Aumentar la capacidad de decisión y resolución de la población ante contingencias que pueden presentarse a lo largo de la vida, en relación con las posibles amenazas hacia la salud individual o comunitaria, se conoce en Atención Comunitaria con el término "empoderamiento". Siendo aquí donde la Educación para la Salud juega un papel importante, mediante el adiestramiento de individuos en técnicas eficaces y eficientes para el afrontamiento de problemas que puedan presentarse.

El 60% de los paros cardíacos se producen en presencia de testigos y menos del 30% de las PCR extra hospitalarias son reanimadas inicialmente por la población general. La instauración de maniobras de RCP básica por las personas que han presenciado el paro aumenta en siete veces las posibilidades de supervivencia.

La RCP básica precoz mejora el pronóstico de la PCR tanto en niños como en adultos. Es necesario que las personas que atienden inicialmente al individuo que ha sufrido una PCR realicen RCP básica hasta que lleguen los servicios de emergencias.

Enseñar y preparar a la población adolescente en el manejo de estas técnicas es importante debido a varios factores:

- La fortaleza física que presentan los niños mayores de 13 -14 años permite que realicen las compresiones torácicas con la misma calidad que los adultos.
- Los adolescentes tienen una gran posibilidad de atender a víctimas en otros escenarios y cabe la posibilidad de que en la vida adulta, esos conocimientos sean también útiles.
- Implementar en los centros escolares la docencia de la reanimación y apoyarla con estrategias de recuerdo supondría la universalización de estas habilidades en el futuro.

Se decide realizar esta actividad con los alumnos de 1º y 4º curso del Instituto de Enseñanza Secundaria de Híjar, dado que centraliza la educación de los adolescentes de la Zona de Salud, siendo más fácil su acceso sin menoscabar la labor asistencial de los profesionales sanitarios. Además, instaurando un reciclaje en la adquisición de dichas técnicas a estas edades, conseguiremos establecer dentro de la comunidad un número considerable de sus miembros como futuros agentes y/o "activos en salud" con conocimientos en la técnica.

También se podrá realizar la misma en otros centros escolares de la zona en los que pudiera surgir dicha demanda.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Al final de la actividad, los alumnos serán capaces de:

- Enumerar las fases de la cadena de supervivencia.
- Realizar de forma correcta la técnica de RCP básica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se aplicará la siguiente metodología:

- Primeramente se realizará un cuestionario tipo test previo a la actividad con 6 preguntas y 4 posibles respuestas cada una, sobre conocimientos relacionados con el tema (Anexo I). El cuestionario será anónimo, identificándose con un número para realizar la comparación posterior.
- Después, se realizará de manera breve y con apoyo de una presentación multimedia, la exposición teórica de la actividad.
- En tercer lugar, se practicará, por parte del profesorado, la técnica de RCP básica sobre un muñeco de instrucción.
- En cuarto lugar, los alumnos realizarán y escenificarán, el proceso de la cadena de supervivencia y las maniobras de RCP básica previamente mostradas bajo la supervisión de los docentes.
- En quinto lugar, responderán el mismo cuestionario que efectuaron al inicio de la actividad.
- Por último, rellenarán un cuestionario de evaluación de la actividad y los docentes de la misma (Anexo II).

Proyecto: 2019_0852 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se recogerán los resultados cualitativos de la actividad docente, según el cuestionario de evaluación de la misma por parte de los alumnos (Anexo II) y además, según las respuestas recogidas en el Anexo I, se establecerán los siguientes indicadores:

- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimientos sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, previamente a la actividad.
- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimiento sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, posteriormente a la actividad.
- Incremento del conocimiento sobre el tema, considerando los dos anteriores indicadores y la media de respuestas correctas comparando los anteriores cuestionarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará en varias sesiones divididas por cursos, a lo largo del segundo trimestre escolar del curso (marzo - abril 2019) y en el primer trimestre del curso que viene (otoño 2019).

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Maniqués de reanimación (adulto - niño - lactante).
- Mascarillas de reanimación desechables, o en su defecto gasas adaptadas.
- Aula con soporte informático y cañón de diapositivas.
- Fotocopias de tests (Anexo I y II).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0908 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. DE HIJAR

2. RESPONSABLE JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La espirometría es una prueba básica para el estudio de la función pulmonar, y su realización es necesaria para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias. La utilidad principal de la espirometría es el diagnóstico y la monitorización de muchas enfermedades respiratorias que tienen afectación de la vía aérea. Además esta prueba tiene otras aplicaciones que van más allá de estas utilidades, como puede ser la determinación de la edad funcional pulmonar que puede potenciar el éxito en el abandono del hábito tabáquico, la estimación del riesgo de padecer cáncer de pulmón, de deterioro cognitivo o de mortalidad de cualquier causa incluida la cardiovascular. Permite también valorar el impacto sobre la función pulmonar de enfermedades de otros órganos o sistemas (cardíacas, renales, hepáticas, neuromusculares, etc.).

Por todo esto, se recomienda la realización sistemática de una espirometría a personas con historia de tabaquismo y con algún síntoma respiratorio.

Para poder conseguir aumentar el número de espirometrías realizadas, así como disminuir el tiempo que transcurre entre la demanda y su realización, creemos que es necesario la realización de un protocolo para su realización en el C. S. de Hija y que no contamos con uno adaptado a nuestras necesidades y basado en la evidencia científica. Hasta ahora hemos realizado esta técnica basándonos en las instrucciones dadas por compañeros que conocían la técnica (o que creían conocerla), que recibieron o no una formación determinada, en protocolos realizados en otros centros o en información que encontrábamos en internet u otras fuentes documentales. Dábamos por buenas esas instrucciones cuando la experiencia ha demostrado que no eran del todo correctas y que no estaban actualizadas.

Por otro lado, son pocos los enfermeros/as que conocen la técnica para realizar una espirometría y solo hay uno encargado de realizarlas y que debe de compaginar su actividad habitual en consulta de enfermería con esta otra actividad, por lo que la realización de espirometrías siempre va a estar supeditada a dicha actividad. También las espirometrías dejan de realizarse cuando la persona encargada está de vacaciones, disfruta de permisos o está de baja laboral.

Si se dispusiera de un protocolo adecuado en el Centro más enfermeros podrían realizar la técnica, incluidos E.A.Cs. y enfermeros con contrato eventual, teniendo como repercusión directa el aumento del número de espirometrías realizadas en un año así como en la disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumento del número de espirometrías/año
- Disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.
- Creación de un protocolo para realizar espirometrías adaptado al C.S. de Hija..
- Mejorar la calidad del servicio prestado al usuario.
- Realización óptima de la prueba
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para la realización del protocolo se va a realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, revisando diferentes fuentes documentales. Se van a examinar publicaciones científicas indizadas en las siguientes bases de datos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) a través de su buscador PUBMED, Science Direct, Scielo, TripdataBase, Dialnet y cualquier otra que nos sea de utilidad. Miraremos fundamentalmente los artículos de publicación más reciente por si pudiesen aportar nuevas perspectivas sobre la técnica y todos aquellos que nos sean de utilidad.

También revisaremos los protocolos que se están llevando a cabo en otros centros.

Una vez realizado se les comunicará a los compañeros mediante sesión clínica o taller (a valorar)

Recursos materiales:

Un ordenador del centro para poder realizar las búsquedas bibliográficas.

Espirómetro (el que dispone el Centro).

Reuniones previstas:

Reunión 1. Se abordarán las diferentes líneas estratégicas para la realización del protocolo, estrategias de búsqueda, temas de interés, etc.

Reunión 2. Resultados de la búsqueda. Datos de interés.

Reunión 3. Confección del protocolo (Se realizarán todas las reuniones necesarias para su realización)

Reunión final. Finalización y lectura del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de espirometrías realizadas en un año.

Proyecto: 2019_0908 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. DE HIJAR

- Media de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la prueba.
- Presencia del protocolo en el C.S. de Hajar y en intranet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Búsqueda bibliográfica.

Duración prevista de 2 meses desde la aprobación de la mejora.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Realización y redacción del protocolo.

Duración prevista de 2 meses tras la búsqueda bibliográfica.

Responsables : José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Presentación al resto del personal de enfermería del Centro tras la realización del protocolo.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Puesta en marcha tras la presentación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador del Centro con acceso a Internet.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0962 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

2. RESPONSABLE ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- LAZARO GRACIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- SALVANES DURAN BERNARDO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- CARMANIU TOBAL JORGE. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- LAGUNA SARRIA JULIAN. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los resultados obtenidos en el año 2018 en los indicadores de URM del cuadro de indicadores de farmacia en medicina de familia en el EAP de Hajar (tratamiento hipolipemiente combinado en atención primaria, uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años y uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda) rondaron el mínimo exigido en el contrato de gestión o bajaron mucho en relación con años anteriores. Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que aunque los datos están disponibles, no está sistematizado el presentar y trabajar en equipo los resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para los indicadores comentados en diciembre de 2019.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación del proyecto al EAP de Hajar en reunión de equipo en el 2º Trimestre 2019.

Sesiones farmacoterapéuticas sobre dichos indicadores. Junio - Diciembre 2019

Trimestralmente, se informará al EAP de los resultados obtenidos en los indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la Farmacéutica de Atención Primaria las acciones de mejora oportunas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Tratamiento hipolipemiente combinado en Atención Primaria:

Numerador: CIA distintos con prescripción activa de estatinas más fibratos o resinas o triglicéridos omega-3 o ezetimiba o estatinas en asociación y sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arteriosclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90).

Denominador: CIA distintos con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador) aunque sea en monoterapia y sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90.

-Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años:

Numerador: CIA distintos de pacientes mayores de 75 años con prescripciones activas de medicamentos potencialmente inapropiados.

Denominador: CIA distintos de paciente mayores de 75 años con prescripciones activas de cualquier fármaco.

-Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica aguda

Numerador: Prescripciones activas en algún momento de los últimos 12 meses de penicilina V o amoxicilina o fenoximetilpenicilina benzatina asociados al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

Denominador: Prescripciones activas en algún momento en los últimos 12 meses de antibióticos sistémicos asociados al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

Valor ideal tendente al 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2º Trimestre 2019 Difusión e información del proyecto al EAP.

Trimestralmente: análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora.

Junio a diciembre de 2019: Sesiones farmacoterapéuticas en el equipo sobre dichas indicaciones.

Enero 2020: Análisis de los resultados obtenidos de los indicadores y elaboración de la Memoria del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No hacen falta materiales distintos a los ya disponibles en el C.S.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0962 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

2. RESPONSABLE RAQUEL CASASNOVAS SEVILLANO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- CASAMIAN GUERRERO ASUNCION. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- GIL MARIN MARIA DEL MAR. PEDIATRA. CS HIJAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- MORT GUIU CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
- BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Aragón, la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades tienen factores de riesgo no modificables como son la edad, sexo y herencia genética, y factores de riesgo modificables como la hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo, alcohol, tabaco y colesterol. Sobre éstos últimos son los que se puede actuar, modificando los estilos de vida no saludables.

Una gran cantidad de guías inciden en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de hábitos de vida saludables a través del fomento de la actividad física, entre otros.

La inactividad física es uno de los factores de riesgo que causa enfermedades evitables (trastornos cardiovasculares, obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2)

Actualmente, el estilo de vida de la sociedad favorece el sedentarismo, el cual está determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo que se requiere un abordaje multifactorial. En nuestra ZBS esta patología se agrava por la soledad.

El caminar, se considera una de las formas de actividad física que mayores beneficios aporta a la salud. Se trata de una actividad económica, fácilmente adaptable a horarios, que se puede adecuar a las características personales y que no precisa de equipamiento complejo ni instalaciones deportivas.

La pertinencia del proyecto deriva de la necesidad percibida por parte de la población atendida de motivación para caminar individualmente, lo que acaba consecuentemente en sedentarismo repercutiendo negativamente en el estado de ánimo por el aislamiento social que conlleva y en el estado de salud cardiovascular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar el grado de motivación de la población para la realización de ejercicio físico
- Fomentar la práctica de ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada
- Promover la participación activa
- Mejorar el estado cardiovascular y cardiorrespiratorio
- Mejorar y/o prevenir problemas músculo-esqueléticos
- Mejorar la salud mental
- Ayudar a perder peso o mantenerlo
- Mejorar la calidad de vida a través del ejercicio
- Aumentar la autoestima y mejorar las relaciones interpersonales
- Promover un estilo de vida saludable
- Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándoles a continuar con este tipo de actividad sin tutela del personal sanitario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad se realizará los lunes a las ocho de la mañana, con una duración aproximada de una hora.

Empezará la actividad con un calentamiento y finalizará con unos ejercicios de estiramientos

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, en función de la condición física de los participantes

La captación se realizará desde las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Atención Continuada.

La actividad se publicitará a través de carteles colocados en el Ayuntamiento, Farmacia, bares del pueblo, Centro de Salud y a través de pregones que realizará el ayuntamiento. Todo ello con unos 15 días de antelación aproximadamente.

Previo a la puesta en marcha de la actividad, se explicará brevemente los beneficios del ejercicio y cómo se ha de ir preparado para realizar la actividad (ropa cómoda, botellín de agua, zapatillas deportivas, protección solar...)

Se colocará una lista en Admisión del centro de salud para que los participantes se puedan apuntar y así poder mirar previamente los antecedentes médicos de cada uno.

Se elaborará una hoja de Registro individual para monitorizar asistencia y constantes (se tomarán el primer día y el último), así como un cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el cual también se pasará el primer y último día

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el primer y último día de la actividad

Medición de constantes (PA, FC) y el IMC el primer y último día de la actividad y comparación de resultados

2 meses después de iniciar la actividad, se pasará una encuesta para medir grado de motivación y recoger sugerencias para mejorar la actividad.

Número de personas que comenzaron y acabaron la actividad

Proyecto: 2019_1207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

Encuesta de satisfacción al finalizar la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto comenzará en Junio y acabará en Diciembre del 2019. Se pretende que sea un proyecto de continuidad en el que los participantes adquieran un hábito de actividad física continuo sin necesidad de ser tutelados por profesionales sanitarios

9. RECURSOS NECESARIOS.

Báscula, tallímetro, esfingomanómetro y fonendoscopio
Fotocopias

10. OBSERVACIONES.

El proyecto puede tener alguna modificación en función de la disponibilidad de los profesionales y condiciones meteorológicas

El proyecto está dirigido a todas las edades, pudiendo acudir niños. Si acuden menores de 12 años, será bajo supervisión de un adulto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades cardiovasculares, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0154 (Acuerdos de Gestión)**

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE MAELLA

2. RESPONSABLE CARMEN GIMENO FELIU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDOS CAMACHO ANDRES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· BARBERENA ARANO LOURDES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· CEBRIAN FRANCO MILAGROS. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· MACARRON PASCUAL PEDRO. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y familiares, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. Queremos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de su patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar los conocimientos de los pacientes diabéticos de nuestro centro de salud mediante una estrategia de educación grupal que complemente las actividades de educación individual, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes, que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología ocasiona. Siendo estos los objetivos concretos:
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM.
- Dar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludables.
- Minimizar las complicaciones que puede ocasionar la DM.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación/difusión de los contenidos del programa estructurado de educación grupal del servicio aragonés de salud
- Organización General : 5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración moderadas por médicos y/o enfermeras del Centro de Salud Maella, Nonaspe y Fabara

El número de participantes no superior a 8 personas, entre enfermos y familiares.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación de conocimientos de los pacientes antes y después de la intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración.
Inicio segundo semestre del año y fin diciembre del mismo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Constará de exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente o familiar desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión de forma activa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE MAELLA

Proyecto: 2019_0129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA SALA DE EXTRACCIONES DEL CS MAS DE LAS MATAS

2. RESPONSABLE LORENA CHAVES BERMEJO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MAS DE LAS MATAS
- Localidad MAS DE LAS MATAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- GRACIA CARRASCO ELIAS. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- MIR SORRIBAS MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de las ofertas de la cartera de servicios del centro de salud de mas de las Matas encontramos las extracciones para los usuarios del centro de salud . A realizar semanalmente, los miércoles desde las 8 horas al término de la actividad.

El centro actualmente posee 3 enfermeros de atención primaria y otra enfermera de refuerzo de sector para reforzar el día de extracciones.

El centro consta de una sala de enfermería, una sala medica y una sala polivalente ocupándose las tres salas los miércoles por la mañana para realizar las extracciones desplazando al médico de su consulta habitual.

Estas salas las adaptamos a la actividad, utilizando un apoya brazos únicamente para la extracción.

La sala polivalente es la que se lleva el grueso de toda la actividad, ya que se preparan los tubos de las extracciones el día anterior a estas.

Antes de la extracción cada enfermera verifica los tubos y datos del paciente al que se le va a realizar la extracción.

A finales de 2018 la enfermera de sector observa un banco de extracciones sin uso en el centro de salud de Calanda, surgiendo la idea de poder generar una sala de extracciones en el centro de salud de Mas de las Matas y optimizar los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir errores y duplicidades de volantes.
- Mejorar la comodidad y accesibilidad de los pacientes.
- Disminuir los posibles accidentes de trabajo.
- Mejorar la ergonomía del personal
- Dotar la sala de extracciones del mobiliario adecuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A finales de 2018 nos reunimos el equipo para valorar la posibilidad de creación y adecuación de la sala aprovechando recursos.

Nombramos un responsable entre el personal del centro para liderar el proyecto y poder llevarlo a cabo.

A principios del mes de Enero nos ponemos en contacto con Gerencia para solicitar el banco de extracciones y su posterior traslado al centro.

Una vez en el centro el material nos reunimos el equipo para realizar la distribución de la sala y decidir la nueva organización y manera de trabajar.

Identificación de salas: 1. Sala de recogida de muestras y botes de extracción.

2.Sala de extracciones

Asignación de tareas, siendo éstas de carácter rotatorio cada miércoles.

1. Entrega de tubos de extracción al paciente en sala 1.(1 miembro)

2. Recogida de muestras en sala 1 (1 miembro)

3. Realización de extracciones en sala 2 (2-3 miembros)

4. Ordenación de tubos de sangre extraídos y su correcto almacenaje.

5. Comprobación de la documentación a enviar con las muestras obtenidas.

Recursos: adecuar la sala de extracciones del material necesario(sillas ligeras para los pacientes, taburetes de ruedas para los profesionales y banco de extracciones)

Creación de hoja de incidencias para seguir mejorando y corrigiendo posibles errores.

Reevaluación continua tras cada día de extracción identificando los fallos o errores y solventando los posibles.

Creación de cuestionario para usuarios.

Creación de cuestionario de profesionales, se pasará a todos los enfermeros del centro en Diciembre de 2019, con preguntas que valoraran el trabajo en extracciones previo a este proyecto y durante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de extracciones anuales/ nº de pacientes que han contestado el cuestionario

Nº de cuestionarios contestados/ respuestas favorable

Nº de cuestionarios contestados de los enfermeros /respuestas favorables

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Organización de los profesionales a partir del mes de Febrero.

Desarrollo del proyecto de mejora desde finales de Febrero.

Proyecto: 2019_0129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA SALA DE EXTRACCIONES DEL CS MAS DE LAS MATAS

La evaluación será continua y si necesitamos incorporar cambios a lo largo del año lo haremos.
En Diciembre de 2019 evaluación final para ver resultados conseguidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

3 sillas ligeras para los pacientes y 3 taburetes con ruedas para los profesionales, que entrarán en el plan de necesidades del centro de este 2019.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POBLACIÓN EN GENERAL
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA CARRASCO ELIAS. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CHAVES BERMEJO LORENA. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ MIR MARI PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En nuestro Centro de Salud vamos a ir cambiando la visión hacia una Atención Comunitaria Basada en Activos, en la actualidad no tenemos mapa de Activos ni Agenda Comunitaria. Vamos a comenzar en este 2019 con La Recomendación de Activos.

En nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), contamos con pequeños núcleos de población, es una zona rural dispersa. Estudiando que activos en Salud tenemos al alcance de todos y de manera prácticamente gratuita, llegamos a la conclusión que desde el servicio Comarcal de Deportes se están ofreciendo numerosas actividades, donde ya hay gente que participa (principalmente mujeres). En nuestra ZBS, trabajan dos comarcas, por un lado La Comarca del Maestrazgo, que lleva Bordón, Castellote y Cuevas de Cañart, y en el resto de municipios son de La Comarca del Bajo Aragón, así que vamos a iniciar en el lugar idóneo para Recomendar Activos, que es la consulta individual de Atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la calidad de vida, bienestar físico y emocional de las personas que acuden a las actividades y evitar el aislamiento social.
- Implicar a todo el Equipo de Atención primaria para facilitar la recomendación del uso de recursos comunitarios existentes desde el Equipo de Atención primaria
- Implicar a las comarcas para que introduzcan las actividades en el sistema de Activos de Aragón, y para coordinar un seguimiento de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En primer lugar hemos tenido una reunión de equipo para valorar la posibilidad de iniciar la Recomendación de Activos, una vez acordado que seguimos adelante, el primer paso es solicitar una reunión con Trabajadores sociales y coordinadores de deportes de cada una de las Comarcas, para lanzarles la idea y explicarles como introducir los activos a la plataforma de Salud Comunitaria de Aragón. Una vez ellos nos aceptan la propuesta iniciamos nuestro proyecto.

Hemos seleccionado en principio solo 2 de las actividades que ofertan, Gimnasia de Mantenimiento y Tonificación. Desde los servicios de Deportes se encargaran de introducir los activos, pueblo a pueblo, para que podamos realizar correctamente la búsqueda desde la plataforma Omi. Sin este paso, el proyecto no tiene cabida. En las comarcas nos dan un dato importante, y es que a estas actividades por lo general casi todo son mujeres, no participan de la oferta de servicio los hombres. El nexo de unión entre Atención primaria y Servicio comarcal de deportes será Enfermería y la figura del Coordinador de deportes que podrá delegar en los monitores de dicha actividad. La población a la que vamos a dirigir estos activos serán personas mayores de 50 años con alguna patología crónica, ya sea física o social. Se realizará la recomendación en la consulta programada de enfermería o medicina, sacaremos 2 copias de la recomendación para poder llevar un registro externo a Omi y para informar también al servicio de deportes, indicando a quien hemos recomendado, y así nos pueda llevar un seguimiento de su asistencia.

El día en que realicemos la recomendación les pasaremos un pequeño cuestionario de entrada, donde registraremos constantes, pasaremos la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, y unas preguntas de lo que esperan de dicha actividad, de si la conocen, y si ya están acudiendo a ella. A finales de año los citaremos para realizar similar cuestionario añadiendo, grado de satisfacción con la actividad .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de pacientes que hemos dado la recomendación/ nº de pacientes que realmente han acudido a la actividad.
- Nº de mujeres que hemos dado la recomendación /nº de mujeres que acuden a la actividad.
- Nº de hombres que hemos dado la recomendación /nº de hombres que acuden a la actividad.
- Nº de pacientes que han acudido a la actividad donde se confirma mejoría de su salud(mejoran ctes, disminuye la ansiedad o depresión, o expresan mejoría y satisfacción con la actividad)/ nº de pacientes que participan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Iniciamos en Enero de 2019 con las reuniones de equipo y a continuación con las Comarcas.

Proyecto: 2019_0155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Esperamos que para Marzo ya tengamos estas actividades como Activos en Salud en la plataforma, en ese momento realizaremos una sesión clínica de la manera de registrar en Omi la actividad, y como imprimir la Recomendación, indicando a quien comunicar en comarca que lo hemos derivado. Estas actividades tienen inicio a principios de curso escolar, es decir, son desde octubre a junio, con lo cual para ser valorable y ya que nos estamos iniciando, lo vamos a extender hasta julio de 2020, realizando una memoria a finales de este año para hacer el seguimiento del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Cabe destacar que estas actividades llevan un coste asociado que lo marca cada una de las Comarcas y se refleja en El Activo de Salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA CRONICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

2. RESPONSABLE JUAN JOSE BERLANGA RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ MIR MARI PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAS DE LAS MATAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A los médicos y enfermeros de Atención Primaria se nos está formando para realizar intervenciones de cirugía menor en los centros de salud, pero la realidad diaria es que la falta de tiempo, la falta de materiales y la falta de interés impiden que realice esta actividad de forma reglada, haciendo cada profesional lo que puede y cuando puede (en las guardias...) por eso mediante este proyecto queremos organizar una consulta temática de cirugía menor, a la que todos los médicos del centro de salud puedan derivar a sus pacientes, donde sean valorados y tratados de forma rápida y efectiva, evitando derivaciones innecesarias a dermatología y/o cirugía y facilitando al paciente el acceso a tratamientos terapéuticos para los que hasta ahora debe desplazarse hasta Alcañiz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Tratar en el centro de salud la patología cutánea que por sus características de benignidad, escasez de complicaciones y mínimos riesgos para los pacientes, pueden resolverse de forma ambulatoria, evitándole al paciente y al sistema derivaciones innecesarias, mediante la creación de una consulta programada de cirugía menor para el centro de salud de Mas de las Matas y un protocolo de derivación a dicha consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se oferta una consulta programada de cirugía menor con agenda específica, en la que se evaluarán y tratarán las patologías dermatológicas que precisen de la aplicación de las técnicas básicas de cirugía ambulatoria: suturas, drenaje de abscesos, exéresis, curetaje y punch biopsia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

N.º total de lesiones valoradas/Nº total de pacientes atendidos
N.º total de lesiones intervenidas quirúrgicamente/Nº total de lesiones valoradas
N.º total de biopsias/No total de lesiones valoradas
% de heridas infectadas
% de casos con dehiscencia de sutura
% de cicatrices inestéticas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de la actividad tras la creación de la agenda específica, se realizarán dos sesiones al mes, los lunes de 12 a 15 horas, dedicando una media de 30 minutos por intervención/paciente. Comenzando la actividad a partir de marzo de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0876 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA NEFROPATIA DIABETICA

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CASTAN BARRIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MAS DE LAS MATAS
- Localidad MAS DE LAS MATAS
- Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

NECESIDAD DE LA PROPUESTA: LA NEFROPATÍA ES UNA DE LAS COMPLICACIONES PRINCIPALES DE LA DIABETES MELLITUS. SITUACIÓN DE PARTIDA: EN LA ÚLTIMA REUNIÓN DE GERENCIA SE HA EXPUESTO LA NECESIDAD DE MEJORAR EL CONTROL DEL PROBLEMA.

RECURSOS A UTILIZAR: LOS PROPIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

UTILIDAD DEL PROYECTO: PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA (DIAGNÓSTICO PRECOZ FUNDAMENTAL).

IMPORTANCIA Y UTILIDAD: CONTROL GLOBAL DEL PACIENTE DIABÉTICO, QUE ES UN CAMPO PRIORITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA..

CONTRIBUCIÓN: LOGRAR EL MÁXIMO DE COBERTURA DEL CONTROL DE LA FUNCIÓN RENAL MINIMIZA COMPLICACIONES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

PACIENTES DIABÉTICOS ZBS MAS DE LAS MATAS (FECHA DE 17/3/2019): 233 SOBRE POBACION DE 2340 (9'96 %); EL NÚMERO DE PACIENTES CON REVISIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR ES 81'19 %. Y LOS PACIENTES CON CIFRAS ÓPTIMAS ES DE 62'84 % ADEMÁS DEL CONTROL GENERAL Y ESPECÍFICO DE LA DIABETES DE SÍNTOMAS Y SIGNOS, LA INTERVENCIÓN SE DIRIGE A CONSEGUIR QUE EN LOS ANÁLISIS LOS INDICADORES DE FILTRADO GLOMERULAR (REVISIÓN Y VALOR) SE ACERQUEN AL 100 %.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

OBJETIVOS: ANÁLISIS SEMESTRAL COMPLETO QUE INCLUYA CONTROL DE FUNCIÓN RENAL (UREA, CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, IONES, FILTRADO GLOMERULAR, MICROALBUMINURIA Y COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA).

SESIONES CLÍNICAS TRIMESTRALES (JUNIO, SEPTIEMBRE, DICIEMBRE):: NEFROPATÍA, IMPORTANCIA DE ANALÍTICA, MOTIVACIÓN Y RESULTADOS ALCANZADOS.

CONCIENCIACIÓN: MEDICINA Y ENFERMERÍA COTROLARÁN CADA ANÁLISIS DE DIABETES PARA EVITAR QUE FALTE EL ESTUDIO DE FUNCIÓN RENAL.

SEGUIMIENTO DE RESULTADOS INDIVIDUALES Y DEL EAP: CUADRO DE MANDOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES: REVISIÓN Y VALOR DEL FILTRADO GLOMERULARFILTRADO GLOMERULAR.

FUENTE DE DATOS: CUADRO DE CONTROL DE MANDOS DE LA DIABETES.

LÍMITES DE RESULTADOS PROPUESTOS: NO BAJAR DE LOS ACTUALES Y ACERCARNOS AL 100 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

SESIONES CLÍNICAS TRIMESTRALES: JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE:: NEFROPATÍA, IMPORTANCIA DE ANALÍTICA, MOTIVACIÓN Y RESULTADOS ALCANZADOS; SEGUIMIENTO DEN CUADRO DE MANDOS DE LA DIABETES..

INCORPORACIÓN DE TODO EL EAP.

INICIO EN JUNIO DE 2019 Y FINALIZACIÓN EN DICIEMBRE DE 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

CONTROL PERIÓDICO DE TODOS LOS DIABÉTICOS: PERIODICIDAD SEGÚN TIPO.

CONTROL ANALÍTICO SEMESTRAL DE TODOS LOS DIABÉTICOS.

SEGUIMIENTO DE RESULTADOS Y DEL CUADRO DE MANDOS DE DAIBETES.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· ESPIN GALLARDO RICARDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MUNIESA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERREIRA PAESA JORGE. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· SALESA ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA NAVARRO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Siguiendo la Estrategia de Atención comunitaria de Aragon, hemos decidido crear un grupo de agentes de salud comunitarios dentro del EAP del CS Muniesa. Hemos realizado una revision del mapa de salud de Aragon viendo los determinantes de salud mas importantes de la zona
La promoción de la salud es un pilar importante de la sanidad, debemos optar por ver al paciente desde un modelo biospsicosocial y tratar a la comunidad. Hay que trabajar desde la consulta pero mirando a la calle, y eso es lo que nos hemos propuesto hacer
Actualmente no disponemos de agenda comunitaria ni de mapa de activos, aunque bien es cierto que desde el centro de salud hemos ido realizando diversas actividades comunitarias pero sin darles visibilidad.
Asi mismo, hemos detectado que la comarca ofrece activos de salud para los habitantes, muchos de ellos desconocedores por parte del EAP

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Crear un grupo de trabajo de actividades comunitarias, implicando al mayor numero de profesionales tanto del equipo de atención primaria como del equipo de atención continuada.
2. Recoger e integrar en el mapa de activos de Aragon todos los activos de salud existentes en la Comarca para que puedan ser recomendados dese las consultas a traves de omi ap
3. Recomendacion de dos activos de salud existentes en el centro de salud: consulta monografica de deshabitacion tabaquica y paseos saludables, pudiendose ampliar el numero de recomendaciones de activos si fuese necesario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reunion inicial para la creacion del grupo de trabajo el primer cuatrimestre 2019
- Captacion de activos de salud de la zona, con ayuda de la trabajadora social, asociaicon de amas de casa, ayuntamientos y la comarca... via telefónica y por email
- 20 de Mayo, reunion-taller por parte de la direccion para la creacion de una agenda comunitaria para todo el EAP en las instalaciones del CS Muniesa
- Creación de la agenda comunitaria, segundo cuatrimestre 2019
- Reuniones mensuales del grupo de trabajo.
- Recomendaciones de los 2 activos de salud que tenemos actualmente en el centro: Consulta de deshabitacion y paseos saludables, registrando y utilizando la herramienta de omi-ap

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- n° de pacientes a los que se les prescribe el activo de salud/n° de pacientes que la realizan
- n° de activos de salud integrados en el mapa de activos de omi/ n° total de activos de salud existentes en la zona
- Evaluacion de la agenda comunitaria por partedel grupo de trabajo, segun su satisfaccion en el proyecto mediante encuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

Proyecto: 2019_1277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1445 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONECT@ CON TU SALUD. (CREACION DE UN BLOG)

2. RESPONSABLE MARTA MALLEN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLANUEVA CABRERA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a la dispersión geográfica que tenemos en nuestra zona de salud, se ha visto la necesidad de implementar una herramienta que pueda facilitar y simplificar la comunicación entre el centro de salud y sus usuarios. La creación del blog, es una herramienta idónea ya que permite una rápida difusión de los activos de salud y actividades que se desarrollan; consultas, charlas, paseos saludables, consulta monográfica del tabaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Llegar al mayor número de usuarios, independientemente del lugar donde estén.
-Poder informar en tiempo real de noticias, actividades, cambios de programación, o cualquier información que sea de interés.
-Conseguir un feedback con los usuarios para descubrir sus inquietudes y necesidades.
- Promocionar la educación sanitaria.
-Dar a conocer el centro de salud, consultorios, el equipo...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión de equipo para presentación del proyecto, recoger ideas y sugerencias.
-Creación del blog con diversas secciones (conozca su equipo, medicina, enfermería, matrona, pediatría, enlaces de interés).
-Dar difusión del blog a través de nuestra página de facebook, carteles distribuidos por las distintas poblaciones, bandos, trípticos informativos. Información en las consultas.
-Se solicitará reunión con las amas de casa y diferentes asociaciones, para presentar proyecto y convocar reunión informativa del manejo del blog.
-Crear entradas periódicas para mantener un blog activo y dinámico que incluyan (temas de promoción de la salud, prevención de enfermedades.. promoción de campañas) dando una información veraz, contrastada, fiable y adaptada a los perfiles de los usuarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de visitas en el blog.
- Número de usuarios en los que la satisfacción general con el blog es >7 sobre 10x 100/número de encuestas realizadas por los usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta previsto duración de todo el año con posibilidad de continuidad.
Abril: Reunión de equipo
Mayo: Creación del blog y presentación a los usuarios
Resto del año: Mantenimiento del blog

9. RECURSOS NECESARIOS.
Acceso a internet y equipos informáticos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Preventiva
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0005 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro DAP ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- LLORENS PALANCA DOLORES. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- VERDES SANZ GUAYENTE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Atención Primaria (AP) es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados. La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedicación. La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbilidad asociada. Los aspectos a considerar son:

- Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.
- Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en AP cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).

Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- ? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del Sector de Alcañiz.
 - ? Promover la correcta dosificación de los fármacos en pacientes con IR.
- Objetivo secundario
- ? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se comunicará en junta técnico asistencial, comisión de diabetes y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos. La farmacéutica de atención primaria (FAP) realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además, junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR. El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Fuente datos: receta electrónica.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o contraindicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.
Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero - diciembre 2019.
Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.
Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.
Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.
Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.
Evaluación final: noviembre-diciembre.
Responsable: FAP de Alcañiz.

9. RECURSOS NECESARIOS.

FAP

Proyecto: 2019_0005 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)

- Extracción de datos, gestión y elaboración de informes por CIAS.
 - Elaborar e impartir una sesión farmacoterapéutica por equipo.
 - Asesoramiento individualizado cuando proceda.
- PERSONAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AP
- Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0468 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ALCANIZ
• Localidad ALCANIZ
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• INSA FANLO ANDREA. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• PASTOR LOU ENCARNNA. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ESTEBAN GASCON ROSA. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• LOSCOS GARCIA ANA BELEN. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ALBAJEZ MOLIAS EVA MARIA. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• PELLICER PIQUER JOSEFINA. TCAE. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE TCAES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL. ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
UNIFICAR CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ.
RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE TCAE EN EL B.Q., PARA LAS TCAES QUE TRABAJAN EN EL.
MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA TCAES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.
CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REUNIONES DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO.
INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO.
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS.
REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DISPONIBILIDAD DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO.
MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR
MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL.
MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.*** LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO
FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE PROTOCOLOS. ABRIL MAYO, ELABORACION DE MANUAL.
A PARTIR DE MAYO PUESTA EN MARCHA
DICIEMBRE EVALUACION

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0468 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIAS QUIRURGICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA CABAÑERO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ALCANIZ
• Localidad ALCANIZ
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• FRAGA MILIAN MARI CRUZ. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ALTABA SANZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• ESPINAL HERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• GASCON POLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO
• BEGUERIA PALACIOS ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
SE HA DETECTADO, AL SER UN SERVICIO MULTIDISCIPLINAR, LA NECESIDAD DE PROTOCOLIZAR Y ESTANDARIZAR CADA INTERVENCION SEGUN ESPECIALIDADES. DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO TAMBIEN, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE DUES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL. ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
UNIFICAR CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ. RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE DUE EN EL B.Q., PARA LAS DUES QUE TRABAJAN EN EL. MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA DUES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES. CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REUNIONES DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO. INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO. ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS. REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DISPONIBILIDAD DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO. MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL. MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.*** LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS. A PARTIR DE ABRIL ELÑABORACION DE PROTOCOLOS POR FASES Y ESPECIALIDADES, INICIO DE ELABORACION DE MANUAL

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIAS QUIRURGICAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA ESTANDARIZADO DE PETICION Y REGISTRO DE PREPARACIONES OFTALMICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA CON SOPORTE CIE-10

2. RESPONSABLE JUAN HERNANDEZ COCERA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ALCANIZ
• Localidad ALCANIZ
• Servicio/Unidad .. CODIFICACION
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MOYA GOMEZ TERESA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
• MOREAL PRATS RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
• ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
• FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El número de fórmulas magistrales (FM) demandadas por el servicio de oftalmología (SOFT) al servicio de farmacia (SF) aumenta mensualmente de forma sistemática. Parte de esa carga de trabajo no se puede cuantificar correctamente al no estar codificados los diagnósticos ni los procedimientos que se realizan en ambos servicios.

Con el fin de solucionarlo, se codificarán el diagnóstico médico de los pacientes que requieren las FM por el SOFT y los procedimientos realizados por el SF por parte del servicio de codificación clínica (SCC) lo que permitirá registrar y gestionar el trabajo de una forma organizada e indexable.

Las ventajas que conllevará son:

- Accesibilidad inmediata a la información de los SF y SOFT.
- Facilitar el análisis y estudio de la información.
- Mayor legibilidad y disponibilidad de la información desde el SF a los órganos de gestión.
- Seguridad clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: pacientes del SOFT que requieren FM del SF.

Resultados esperados:

Sistematizar la gestión de codificación del diagnóstico y procedimentación de los pacientes a los que se realizan FM en un único formato estándar para el SF, SOFT y SCC.

Disponer de un: registro de información capaz de operar en tiempo real y accesible para, que contemple la seguridad y confidencialidad de los datos; sistema de recolección de datos fiable y homogéneo; y un instrumento eficaz de gestión y autoevaluación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ver apartado duración y calendario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para dimensionar la actividad (hasta ahora no conocida):

- N° de solicitudes totales del SOFT recibidas en el SF. Mensual.
- N° de solicitudes por diagnóstico SOFT (CIE-10). Mensual.
- N° de preparaciones FM realizadas SF (CIE-10). Mensual.

Objetivos:

- Recepción >90% de las solicitudes en el formato estandarizado.
- Cumplimentación correcta en todos sus apartados >80 % de las solicitudes.
- Evaluación cuantitativa y cualitativa del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Presentación de la idea del proyecto en los SOFT, SF y SCC abril 2019.

Fecha de inicio: junio 2019.

- Fase 1 (junio 2019).

Codificación de los procedimientos realizados en la elaboración de FM del SF y diagnósticos médicos de los pacientes remitidos por el SOFT utilizando el sistema de codificación CIE10, en colaboración con el servicio de codificación clínica.

Elaboración y aprobación del formato estandarizado y de la base de datos.

Presentación del formato y base de datos a los 3 servicios implicados.

- Fase 2 (julio a octubre 2019).

Puesta en funcionamiento del formato y base de datos.

Monitorización mensual de los resultados.

- Fase 3 (noviembre a diciembre 2019).

Autorización comisión historias clínicas del formato.

Evaluación final, presentación de los resultados en los 3 servicios y establecimiento de mejoras, si procede.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo necesario de los SOFT, SF y SCC

10. OBSERVACIONES.

Esta sistemática de trabajo se propondrá a otros servicios en función de los resultados obtenidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA ESTANDARIZADO DE PETICION Y REGISTRO DE PREPARACIONES OFTALMICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA CON SOPORTE CIE-10

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE MARTA LORDA ESPES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIVERA RODRIGUEZ ALVARO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DERMATOLOGIA
- CORRIOL PALLAS VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el servicio de Dermatología tiene un tiempo de demora de asistencia en primeras visitas de 1 año y 4 meses y en segundas visitas o revisiones de 6 meses a 1 año (buzón de 354 pacientes) según la patología y 45 pacientes pendiente de intervenir quirúrgicamente, lo que, consideramos que es el problema principal de nuestro servicio con todas sus implicaciones ético-legales. Como hipótesis causales consideramos que es bien sabido, actualmente, la dificultad para cubrir ciertas plazas de facultativos especialistas en áreas de difícil cobertura, algo sobre lo que no podemos actuar desde nuestra consulta, otras causas que pueden influir son los criterios de derivación desde atención primaria, que en ocasiones consideramos que pueden ser mejorables (por ejemplo derivaciones para revisión en pacientes con patología banal, derivación para tratamiento quirúrgico de procesos que no entran en cartera de servicios...), o la organización interna de la consulta (recitaciones para entregar resultados en pacientes que no requieren modificación del tratamiento). La disminución de la lista de espera creemos que podría permitir aumentar la actividad quirúrgica un día a la semana.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

* Reducir el tiempo de demora de asistencia en primeras y segundas visitas

* Reducir la lista de espera de pacientes pendientes de intervención

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Charlas formativas en los principales centros de salud sobre dermatología, en la que se aborden los motivos de derivación a la consulta, crear vías de acceso rápidas al especialista, revisión de los procedimientos quirúrgicos que no entran en cartera de servicios... En estas reuniones los médicos de atención primaria conocerán la actividad de la consulta, que patología atendemos en el área de salud, cual es la más frecuente y como se debe abordar desde la consulta de atención primaria, motivos de derivación a urgencias del hospital de Alcañiz, qué patología es subsidiaria a tratamiento quirúrgico en nuestro centro y cual se deriva a Zaragoza. Insistiremos en la patología benigna banal y derivada del envejecimiento que la cartera de servicios de la seguridad social no financia su tratamiento y es motivo frecuente de consulta así como que patologías pueden tratar desde atención primaria. Establecer una vía de acceso rápida a nuestra consulta para los casos complejos y graves.

2. Reorganización de consulta: los pacientes con patología banal en los que se realizan técnicas diagnósticas y no precisan revisión ni modificación del tratamiento, no se recitarán en consulta para entregar resultados, sino que se enviarán los resultados con breve informe por correo. Aquellos pacientes en los que se aprecia a través de la prueba diagnóstica que van a requerir revisión se les dará cita en la consulta

3. La incorporación al servicio de un dermatólogo con actividad de 5 jornadas semanales, ayuda a disminuir las listas de espera, pero aumenta la lista quirúrgica al aumentar el número de diagnósticos de patología tumoral por lo que consideramos que debería aumentar la actividad quirúrgica de la Dra. Lorda a 1 quirófano/semanal. Así como el realizar un quirófano conjunto de ambos dermatólogos para realizar intervenciones quirúrgicas de mayor envergadura y evitar desplazamientos a Iso pacientes con los costes que su pone para ellos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Reducción del tiempo de demora en la asistencia en primeras visitas en consultas de dermatología (en días)

* Reducción del tiempo de demora en la asistencia en segundas visitas en consultas de dermatología (en días).

* Reducción de la lista de espera de pacientes pendientes de intervención (Número de pacientes pendientes de intervención).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

*MAYO- JUNIO: Sesiones clínicas en los principales centros de salud del sector

* ABRIL: Reorganización de la consulta de dermatología

* ABRIL: Incremento de la actividad quirúrgica 1 día a la semana

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reserva de sala quirófano locales en el servicio de Urgencias del Hospital de Alcañiz.

Reserva de salón de actos o biblioteca del Hospital de Alcañiz para dar las charlas a los médicos de atención primaria.

Proyecto: 2019_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_1427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANO SANCHEZ MARINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARCEN ECHANDI BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARTINEZ CRESPO ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· CALDERON MEZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MARTINEZ ARIÑO MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
· RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
· PRADES SABADO CARMEN JOSE. TCAE. H ALCAÑIZ. ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La endoscopia digestiva es una técnica de la medicina que se ocupa y desarrolla la capacidad de mirar el interior del tubo digestivo, a través de los orificios naturales, para establecer el diagnóstico de eventuales alteraciones y la posibilidad de tratarlas. El avance tecnológico y la complejidad del diseño de los aparatos requieren de un apropiado procesamiento de los endoscopios y los materiales accesorios para garantizar la ausencia de riesgo de transmisión de infecciones. En este sentido existen normas y recomendaciones de desinfección cuyo incumplimiento es el factor más importante asociado con la transmisión de infecciones tras la endoscopia digestiva. En nuestra unidad en los últimos años se ha venido desarrollando el proceso de desinfección según estándares que creemos que se han quedado desactualizados. Por ello con este proyecto pretendemos crear un procedimiento de limpieza y desinfección de los endoscopios, adaptado a la limitación espacial que tenemos en la unidad de endoscopias digestivas del hospital de Alcañiz e implementar un control de calidad de los aparatos que en este momento no se realiza de manera sistemática.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evitar la aparición de infecciones tras la realización de endoscopias. Crear un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios e implementar un control de calidad de los aparatos que asegure la correcta desinfección de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios en el que se incluya.
- Creación de un circuito sucio-limpio en la sala de lavado para lo que se hace necesaria la realización de una obra en la sala de endoscopias.
- Definición y descripción del proceso de limpieza y desinfección de los endoscopios. Prelimpieza, en sala de endoscopias (retirar restos orgánicos, aspirado enzimático...), limpieza manual (lavado exterior del endoscopio, cepillado de orificios y canales...), lavadora desinfectadora (perfusión de solución desinfectante, secado con pistola de aire a presión...), almacenaje.
Elaboración de un protocolo para el control periódico y sistemático de las medidas de desinfección. Realización de cultivos microbiológicos de los endoscopios, las máquinas desinfectadoras y el agua de uso en endoscopia.
Descripción de la metodología para la recogida de muestras para cultivo microbiológico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Infecciones nosocomiales relacionadas con la endoscopia digestiva x100 /Número de pacientes a los que se ha realizado endoscopia digestiva
- Número de cultivos microbiológicos en los que se detecta un recuento de colonias superior a 20 UFC/canal y/o crecimiento de microorganismo indicador (Enterobacterias, Ps. Aeruginosa y Staphylococcus) x 100/ Número de cultivos microbiológicos realizados en endoscopios.
- N° de cultivos realizados en endoscopios x 100/ Número de cultivos de endoscopios previstos (trimestral)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019: Elaboración del protocolo de limpieza y desinfección
Junio-Noviembre 2019: Implementación
Diciembre 2019: Medición de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se requiere de una obra en la sala de endoscopias, lo que se ha puesto en conocimiento de la Dirección médica del centro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0937 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

2. RESPONSABLE ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· FRAGA MILIAN CARMEN. . H ALCANIZ.
· ABAS VILA VICTORIA. . H ALCANIZ.
· BOSQUE LUNA PILAR. . H ALCANIZ.
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. . H ALCANIZ.
· PALOMAR JOVEN MARTA. . H ALCANIZ

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente tenemos en todos los servicios de hospitalización, libros de registro de estupefacientes, con diferencias entre los distintos servicios. Cada uno de ellos, hace el registro de diversa manera, de forma que no hay homogeneidad en ellos. A la hora de comprobar los distintos fármacos, ya bien sea mediante auditoria o las propias supervisoras de la unidad, nos encontramos con dificultades de localización de los distintos fármacos. Además nos encontramos con que todos los campos del libro no están cumplimentados. De esta manera no aseguramos la trazabilidad del proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la cumplimentación de los libros de estupefacientes.
Control de los armarios de estupefacientes y su stock

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formar a las supervisoras de enfermería de las distintas unidades, con los nuevos registros.
Implantar la formación, con libros nuevos de registro.
Auditar la cumplimentación de los libros de registro.
Realización del procedimiento de la gestión de estupefacientes, en el que conste control del almacenaje, registro, control y dispensación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de registros correctamente cumplimentados/ Total de registros
Nº unidades de hospitalización con auditorias realizadas postformación/ total de unidades de hospitalización x 100
Realización del procedimiento de gestión de estupefacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realizará a lo largo de un año, e intentaremos presentar los nuevos datos en enero del 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Libros de registros de estupefacientes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERIVACION PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

2. RESPONSABLE GUAYENTE VERDES SANZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El hipotiroidismo primario es una patología que puede ser manejada de forma sencilla en Atención Primaria. Se ha detectado una derivación injustificada de la mayoría de pacientes con esta patología al servicio de Endocrinología que podrían controlarse en Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir la excesiva derivación no justificada de pacientes con hipotiroidismo subclínico y primario al servicio de Endocrinología, con la finalidad de optimizar el manejo de esta patología, evitar demoras en el inicio del tratamiento, desplazamientos innecesarios del paciente, así como incremento de la lista de espera en atención especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Elaboración de un protocolo sobre el manejo diagnóstico y terapéutico del hipotiroidismo subclínico y primario y los criterios de derivación a atención especializada.
- 2) Realización de sesiones clínicas explicativas y divulgativas sobre esta enfermedad en el centro de Salud de Alcañiz y/o en el Hospital de Alcañiz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disminución de la derivación de hipotiroidismo subclínico y primario a Especializada en un 20%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesiones clínicas y divulgación del protocolo en los primeros meses de inicio del proyecto. Evaluación de resultados desde el 1 de abril al 31 de diciembre de 2019, y comparación con la derivación en las mismas fechas del año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE CARMEN GONZALEZ VAQUERO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRANDO RAMOS MARIA JESUS. TCAE. H ALCANIZ. ESTERILIZACION
- FUSTER BUJ ELENA. TCAE. H ALCANIZ. ESTERILIZACION
- SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO. TCAE. H ALCANIZ. ESTERILIZACION
- INSA DOMENE NURIA. TCAE. H ALCANIZ. ESTERILIZACION
- RODRIGUEZ ALBA SUSANA. TCAE. H ALCANIZ. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La central de esterilización no tiene una enfermera adjudicada y muchas veces las auxiliares no conocen la denominación técnica del material que tienen que embolsar, por lo que a veces se producen errores de registro al identificar el material, perdiéndose la trazabilidad del producto, encontrándose en el quirófano a veces material que no corresponde a lo que habían solicitado, interrumpiendo el flujo del quirófano.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar de forma correcta todo el material embolsado.
- Obtener un registro fiable del material embolsado.
- Obtener un registro numérico del material embolsado que se esteriliza en la Central de Esterilización, valor de gran ayuda para los indicadores generales de la Central.
- Reducir las reclamaciones del quirófano relacionadas con la identificación del material

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un archivo fotográfico que relacione el instrumental con su denominación técnica:
 - Realizar foto individual de cada instrumental
 - Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central de Esterilización.
 - Elaboración de un registro fotográfico en formato papel.
 - Elaboración de un registro fotográfico en formato digital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de material embolsado identificado correctamente con su nombre y su fotografía.
Crear un indicador con el que podamos medir el % de material embolsado de trauma propio que hemos catalogado.
N de materiales catalogados/n de materiales embolsados de traumatología (hay listado) x100

Estándar: =< 2%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero-Septiembre 2019: Realización de fotografías de los materiales de traumatología embolsado.

Septiembre-Noviembre 2019: Identificación de cada material con su nombre y foto. Introduciendo en el registro informático TRAZINS los materiales embolsados que no estén registrados.

Diciembre 2019: Evaluación de registrados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO PATOLOGIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H ALCANIZ
• Localidad ALCANIZ
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCANIZ. OFTALMOLOGIA
• ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
• LATRE REBLEDE BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCANIZ. OFTALMOLOGIA
• EGEA ESTOPIÑAN CARMEN. MEDICO/A. H ALCANIZ. OFTALMOLOGIA
• MALDONADO DOMENECH ANA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
• LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OFTALMOLOGIA
• GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los procesos de prescripción médica - validación farmacéutica - elaboración - dispensación resultan complejos y requieren de la participación minuciosa de diferentes profesionales para garantizar la seguridad del paciente. Evitar errores de medicación en cualquiera de las fases del circuito es una medida prioritaria en toda institución. Gracias a herramientas informáticas podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, preparación y dispensación. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos. Actualmente la prescripción en el Servicio de Oftalmología se está realizando de forma manual, lo que puede conllevar a errores y a una gestión ineficiente de los recursos. Resultados satisfactorios de la implantación electrónica en Servicios como Oncología Médica, Hematología, Digestivo, Reumatología y Dermatología, apoyan el proyecto. Se obtuvieron mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración-dispensación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implantación de la prescripción médica electrónica integral en el Servicio de Oftalmología: ámbito de Pacientes Ambulantes (cirugía mayor ambulatoria) y Pacientes Externos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica en el Servicio de Oftalmología.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios tanto para el servicio de Farmacia Hospitalaria como de Oftalmología.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de errores.
- Aumento de la seguridad en la elaboración de los preparados oftalmológicos, así como en la dispensación.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación y dispensación.
- Optimización en la gestión de stocks de Fármacos e imputación de consumos por paciente (mejora en la trazabilidad).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación de un grupo de trabajo, y programación de reuniones para la puesta en marcha, seguimiento y evaluación del proyecto.
- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería en materia de prescripción informatizada y de programación de los planes terapéuticos, así como al personal de enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos estandarizados en función del diagnóstico e indicación en todos los módulos de prescripción: Unidosis, Pacientes Ambulantes y Pacientes Externos.
- Impresión en Farmacia de: previsión de pacientes en la unidad de cirugía mayor ambulatoria y fármacos necesarios, hojas de preparación para enfermería, etiquetas por paciente y preparado a elaborar.
- Mejor control de calidad de las preparaciones, así como registro informatizado.
- Firma electrónica de la medicación administrada en el paciente de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Oftalmología. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Nº de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de preparados. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Porcentaje de pacientes con programación por parte del médico en el sistema informático respecto del total de pacientes programados. (mín.: 50% y máx.: 90%)

Proyecto: 2019_0466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2019: Formación a facultativos del Servicio de Oftalmología y adaptación/configuración de protocolos. Instalación del programa en los terminales informáticos. Formación al personal de Enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Oftalmología.
Abril - Junio 2019: Puesta en marcha y validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.
Julio 2019 -Diciembre 2019: Seguimiento e implantación de mejoras.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Instalación informática de los módulos de dispensación a pacientes externos, ambulantes y de Farmatools® en los terminales del Servicio de Oftalmología y en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1019 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA PARA LA OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro H ALCAÑIZ
 - Localidad ALCAÑIZ
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 - Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
 - GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
 - VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
 - ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
 - AGUILAR GASCON YOLANDA. TEAF. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
 - ROCA PONZ ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
 - LABORDA GALICIA NATALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Ley del Medicamento 25/90, del 20 de diciembre, establece, en su artículo 91, que para lograr el uso racional de los medicamentos los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) tienen entre sus funciones la dispensación de tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control, así como la información de medicamentos y el desarrollo de actividades educativas y de cualquier otro tipo que puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.

Por otra parte, en los últimos años se viene potenciando y desarrollando de una manera formal el concepto de Atención Farmacéutica (AF), el cual puede definirse como "un proceso cooperativo para la provisión responsable de farmacoterapia con el propósito de conseguir resultados óptimos que mejoren la calidad de vida del paciente considerado individualmente".

Es por ello que el objetivo final que se busca con este proyecto es establecer los procedimientos necesarios que garanticen una atención adecuada a los pacientes externos atendidos en el SF del Hospital de Alcañiz. Para ello es necesario la colaboración de miembros de equipos multidisciplinares.

Actualmente la prescripción de fármacos por el servicio de Oncología médica se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).

La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Oncología Médica supondría una optimización del proceso asistencial del paciente externo en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración). La gestión de fármacos sería más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados al detectar raudamente a los pacientes perjudicados gracias al sistema de dispensación segura de medicamentos incorporado en el módulo de Farmatools de Pacientes Externos). Además, Farmacia podrá aportar información farmacoterapéutica a los pacientes adjunta a la prescripción médica a través del programa informático quedando registrado en la historia farmacológica del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Establecer sistemas de gestión de stocks que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de modo que se asegure la correcta dispensación de medicamentos al paciente
- Mejorar la Atención Farmacéutica en el área de pacientes externos
- Racionalizar la utilización de recursos y reducir los costes
- Establecer sistemas de garantía de calidad de los procesos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Externos (Farmatools®):
Creación de protocolos oncológicos de ayuda en prescripción
- Incorporación de información farmacoterapéutica relevante para el paciente
 - Prescripción médica electrónica.
 - Validación farmacéutica electrónica.
 - Dispensación segura de fármacos (trazabilidad: personal sanitario que dispensa, paciente, fecha dispensación, fármaco y unidades dispensadas -lote y caducidad-)
 - Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
 - Gestión de alertas de calidad gracias a una mayor trazabilidad de lotes y caducidades de los fármacos que permitirían detectar los productos afectados de manera rápida y eficaz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_1019 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA PARA LA OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

- N° de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Oncológica Médica*100/ Total de prescripciones médicas del servicio de Oncológica Médica. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones de Oncología validadas electrónicamente por Farmacia *100/ Total de prescripciones Oncológicas validadas por Farmacia. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales con aporte de información farmacoterapéutica *100/ Total de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales
- Media y rango de días de demora en la retirada de fármacos con alertas de calidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Junio 2019: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Externos), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta de oncología y formación del personal implicado.

Julio 2019: Implantación de la prescripción y validación electrónica.

Julio 2019 - enero 2020: Seguimiento e instauración de mejoras.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Instalación informática del módulo de dispensación de pacientes externos de Farmatools® en los terminales del Servicio de Oncología.

10. OBSERVACIONES.

TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Pacientes del área de Oncología que requieran tratamiento farmacológico de dispensación hospitalaria.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0225 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONSUMO DE PLAQUETAS

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARICIO MORENO MIGUEL. MEDICO/A. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PELLICER PIQUER ANA. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- UBEDA PEREZ FRANCISCO. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MOROS GARCIA-MASCARAQUE MARIA JESUS. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cada día, en nuestro Hospital como en el resto de nuestra comunidad, se utilizan hemoderivados que proceden exclusivamente de la donación altruista. De todos es sabido que existe escasez de dichos hemoderivados, por lo que la optimización de su uso es fundamental.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducir el número de unidades de plaquetas (pool) que caducan sin ser utilizadas. Reducción del gasto económico por caducidad.

Afecta a todos los Servicios del Hospital. Todo paciente puede necesitar en un momento dado una transfusión de plaquetas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se requiere de un congelador (hasta -80° C) y un descongelador seco específico.
Se realizará formación con la instalación de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Reducción del número de pool de plaquetas caducados (0 % de caducidad)
- Reducción del gasto económico por caducidad
- Aumento de la disponibilidad inmediata de plaquetas en nuestro Hospital (100 %)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se debería instalar en los tres primeros meses del año en curso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Congelador (-80 ° C)
- Descongelador seco de hemoderivados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0541 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUÍA PRACTICA DE TÉCNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

2. RESPONSABLE MANUELA ALQUEZAR CIVERA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORENO PARRA NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- ANGELES HERRERO MARIA ROSA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- OYOLA CARMONA DAVID. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GONZALEZ GUIJARRO MARTA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- ABELLA PEREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GARCIA GUALLAR SONIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- BAÑOLAS REDON NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO LOS PACIENTES Y/O EL CUIDADOR PRINCIPAL NO TIENEN EL CONOCIMIENTO SUFICIENTE NI LA CONFIANZA EN SI MISMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUE SE LES DELEGAN, LO QUE SE TRADUCE EN LLAMADAS AL SERVICIO PARA RESOLVER DUDAS. ACTUALMENTE LA INFORMACIÓN SE TRANSMITE VERBALMENTE DURANTE LA VISITA, POR LO QUE LA INFORMACIÓN QUEDA CONDICIONADA A LAS CAPACIDADES DEL INTERLOCUTOR.

EL OBJETO DE LA GUÍA ES SOLUCIONAR DUDAS Y DAR CONFIANZA EN LO QUE RESPECTA AL TRATAMIENTO Y TÉCNICAS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO PRINCIPAL: REALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE TÉCNICAS Y CUIDADOS PARA EL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL EN LA QUE QUEDEN REFLEJADAS LAS DISTINTAS TÉCNICAS Y TRATAMIENTOS QUE SE DELEGAN EN EL DOMICILIO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- DOTAR AL PACIENTE/CUIDADOR DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA SUS CUIDADOS EN DOMICILIO.
- AUMENTAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-IDENTIFICAR LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA MÁS HABITUALES Y QUE MÁS PROBLEMAS PRESENTAN: CONTROL DE GLUCEMIAS Y ADMINISTRACIÓN DE INSULINAS, OXIGENOTERAPIA Y NEBULIZACIONES, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA, MANEJO DE SONDA VESICAL, ETC...

- REALIZAR UNA GUÍA INFORMATIVA DE REALIZACIÓN DE LAS CITADAS TÉCNICAS Y OTRAS, QUE RESUELVA LAS POSIBLES DUDAS QUE SURJAN EN EL DOMICILIO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % GUÍAS ENTREGADAS/TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO MEDIANTE RECIBÍ.

-CUESTIONARIO TIPO LIKERT CON PREGUNTAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA GUÍA, TAREAS APRENDIDAS Y CONFIANZA EN LA REALIZACIÓN.

- ESPECIAL INTERÉS PRESENTAN LOS PACIENTES QUE HAYAN ESTADO INGRESADOS EN EL SERVICIO ANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA GUÍA, COMPARATIVO ENTRE LOS DOS ESCENARIOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

UN AÑO.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- RECURSOS HUMANOS: PERSONAL IMPLICADO EN EL PROYECTO.
- RECURSOS MATERIALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA GUÍA Y ENCUESTAS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y COMPLEJO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ GUIJARRO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITAL DE DIA
- GUALLAR DAUDEN TERESA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- PONZ SOLE ANA. TCAE. H ALCANIZ. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
- ANDRES PALLARES MARIA JOSE. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- POLO SANCHEZ MARIA PILAR. TCAE. H ALCANIZ. URGENCIAS
- FERNANDEZ ARENAS EMILIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento de la incidencia del cáncer y de otras enfermedades terminales es ya una realidad a nivel mundial, siendo los programas educativos y el rol del cuidador informal piezas clave en el abordaje de los mismos.

Normalmente quien asume el cuidado de la persona diagnosticada es un familiar cercano que en ese momento desconoce todo lo relacionado con la enfermedad. Es en los ingresos hospitalarios cuando las necesidades y demandas de los cuidadores se van poniendo de manifiesto. Durante los mismos el paciente va viendo mermada su autonomía, aumentando paulatinamente el grado de dependencia. Surgen entonces en la persona que lo acompaña las dudas respecto a los cuidados básicos, los miedos e incertidumbre ante el alta próxima, el nerviosismo ante las posibles situaciones de urgencia...

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en este sentido, capacitando al cuidador principal, y velando por la satisfacción de las necesidades básicas del paciente paliativo cuando éste vaya a su domicilio. Cuando se dota a las familias de las capacidades y recursos propios suficientes, se facilita el proceso de la enfermedad y se mitigan posibles problemas futuros de adaptación a la pérdida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General:

Capacitar a los cuidadores principales no profesionales que se harán cargo del paciente paliativo, bien temporal o permanentemente en su domicilio, mediante formación durante el ingreso hospitalario.

Específicos:

Enseñar cuidados básicos de higiene, alimentación, eliminación, manejo de la movilidad, administración de medicación.

Instruir en la detección, valoración e intervención de signos y síntomas de alarma que presentan los enfermos en situación avanzada y terminal.

Capacitar para la mitigación no farmacológica de los síntomas que más frecuentemente aparecen en el paciente paliativo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante el ingreso hospitalario:

Invitaremos a los familiares a participar de los cuidados y/o realizarlos con nuestra supervisión.

Mostraremos distintas técnicas que les doten de mayor conocimiento disminuyendo así la dificultad y cansancio al realizar los cuidados.

Resaltaremos los beneficios resultantes de su participación.

Enseñaremos a llevar a cabo todas aquellas medidas no farmacológicas de las que el paciente se puede beneficiar para el alivio de diferentes síntomas.

Reconoceremos sus progresos y capacidades a la par que disminuimos la importancia de sus dificultades.

Proporcionaremos información de los distintos recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales.

Escucharemos y resolveremos las dudas e inquietudes que vayan surgiendo.

Al alta:

Realizaremos un check list de tareas aprendidas que el cuidador principal realiza correctamente, signos de alarma que reconoce y medidas para el alivio de distinta sintomatología que maneja.

Entregaremos una pequeña guía recordatoria de cuidados básicos y proveeremos de un listado de recursos y teléfonos de contacto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de cuidadores de pacientes que realizan de manera correcta los cuidados básicos al finalizar el ingreso hospitalario/ del total de personas formadas.

% personas cuidadoras de pacientes paliativos que reconocen los signos de alarma y sus pautas de actuación/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que conoce sintomatología frecuente en el paciente paliativo y sus medidas para mitigarla/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que se consideran capacitados para el cuidado en el domicilio tras el ingreso/ del total de personas formadas.

Proyecto: 2019_0564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Grado de satisfacción del cuidador con la formación recibida durante el ingreso hospitalario. (Se valorará mediante encuesta).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La puesta en marcha de este proyecto está íntimamente ligada a la incorporación de la guía de cuidados básicos del paciente paliativo durante la hospitalización, ésta reducirá la variabilidad de la práctica clínica y supondrá una herramienta básica para el posterior adiestramiento de los familiares responsables del cuidado al alta. La presentación y reparto de la misma al personal de enfermería (DUE/TCAE) que desarrolla su labor en hospitalización, está prevista para el primer semestre de 2019.

El desarrollo global del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con la identificación de pacientes en programa de cuidados paliativos al ingreso, y la capacitación de su cuidador principal en cuidados básicos, detección de signos de alarma y mitigación de síntomas en su domicilio, durante el ingreso hospitalario. La vocación de este proyecto es la de su continuidad en el tiempo, pudiéndose mejorar y adaptar los distintos apartados y contenidos, mediante la autoevaluación, de cara a años futuros.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente paliativo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0534 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

2. RESPONSABLE JULIA ROYO ANADON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· LOPEZ SANCHO JOSE MARIA. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES. H ALCAÑIZ. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· CALDERON MEZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ANDREU ARIÑO JOSE MARIA. CELADOR/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace años se presenta como incidencia repetida el hecho de cada vez que se declara o se sospecha un caso de meningitis recibimos demanda de quimioprofilaxis que excede el alcance de lo que está reflejado en las guías, generándose inquietud y confusión entre el personal. Además, surgen numerosas preguntas sobre el protocolo de protección.

La causa es que no se dispone de un documento unificado para todo el sector que especifique cuales son las pautas de quimioprofilaxis y los equipos de protección a utilizar.

La consecuencia es que se genera confusión entre el personal, y muchos trabajadores acaban tomando quimioprofilaxis innecesaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Consensuar con los otros servicios sanitarios un protocolo unificado basado en las recomendaciones actuales, para disminuir la confusión que se genera en los trabajadores cada vez que se produce un caso.
- Evitar la quimioprofilaxis innecesaria en los profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar un documento unificado basado en las recomendaciones actuales y consensuado con todos los grupos de interés del Hospital
- Difundir dicho protocolo en sesión clínica
- Colgar el protocolo en la intranet

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Monitorización del número de llamadas que se producen tras cada caso

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Duración anual del proyecto, a lo largo de 2019.
- Elaboración del documento antes de junio de 2019.
- Difusión del protocolo entre junio y septiembre.
- Elaboración de registros para indicadores y monitorización de las llamadas o consultas durante todo el periodo, según los casos que vayan surgiendo.
- Revisión del procedimiento a lo largo de todo el periodo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERAS DE M. INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

2. RESPONSABLE JESSICA PELLICER SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDREU TRAIN LARA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- SAENZ BELMONTE MARIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- HERNANDEZ VICENTE NOELIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- IBAÑEZ GARCIA ELENA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- RODA TORNE ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- PEREZ SANCHEZ VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
- SALVADOR PASTOR PAULA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cuando va a comenzar un enfermero en planta, se le tiene que explicar el funcionamiento de la misma, las actividades a realizar, cómo se organizan las tareas ... lo que supone una inversión de tiempo que a veces no se dispone . La finalidad del proyecto es tener documentación para que al nuevo trabajador le resulte más fácil consultar en cualquier momento dónde están los materiales, de qué forma utilizarlos, cómo se realiza el trabajo en áreas concretas como la Unidad de Ictus

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Recopilar en un documento las tareas y funcionamiento de la Unidad, para entregárselo a los nuevos trabajadores .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Definir las tareas de la enfermera en cada turno.
Definir técnicas más específicas del trabajo en la planta
Relación de aparatos de la Unidad y breves instrucciones de los mismos
Breves instrucciones del soporte informático para enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de la Guía de Funcionamiento de Enfermeras en la Unidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo - Junio : definir tareas y técnicas
Julio : Difusión de las tareas y técnicas
Octubre : Instrucciones aparatos y soporte informático
Diciembre: Difusión del proyecto en la Unidad

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones periodicas con los componentes del proyecto para redactar el documento

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. M. Interna y Especialidades Médicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0738 (Acuerdos de Gestión)

GUIA DE FUNCIONAMIENTO PARA AUXILIAR DE ENFERMERIA DE M. INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ANDRES PALLARES
· Profesión TCAE
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GARCIA MARIA CARMEN. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· ALCANIZ BLADE SANDRA. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· GOMEZ GARCIA LAURA. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· ANDREU VELAZQUEZ LAURA. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· TENA EJARQUE MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· VIDAL MESEGUER ANA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA
· AGUILAR GRACIA MARIA ISABEL. TCAE. H ALCANIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cuando empieza a trabajar una Auxiliar de Enfermería en planta por primera vez, se le tiene que explicar el funcionamiento de la misma, las actividades a realizar, cómo se organizan las tareas...lo que supone una inversión de tiempo que a veces no se tiene

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Recopilar en un documento las tareas y funcionamiento de la Unidad, para entregárselo a los nuevos trabajadores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Definir las tareas de la Auxiliar de enfermería en planta.
Definir técnicas más específicas del trabajo en la planta.
Breves instrucciones del soporte informático para Auxiliar de Enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de la Guía de Funcionamiento de Auxiliares de Enfermería en la Unidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo- Junio: Definir tareas y técnicas específicas del trabajo en la planta
Julio : Difusión de tareas y técnicas
Octubre: Instrucciones del soporte informático par AE
Diciembre : Difusión del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se realizarán reuniones periódicas con el personal que participa en el proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. M. Interna y Especialidades Médicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0826 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA

2. RESPONSABLE FRANCISCO DE ASIS MARCILLA CORDOBA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERTOLO GALINDO ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PARICIO MORENO MIGUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ARTAJONA RODRIGO ESTHER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- RUILOPEZ HERRERO YOLANDA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Son numerosos los pacientes crónico complejos que precisan transfusiones periódicas. Estas transfusiones requieren de traslado al hospital, lo que tiene como consecuencia molestias para el paciente y la familia, ocupación de camas en hospitalización, urgencias y hospital de día. Actualmente existe bibliografía que justifica la seguridad de la realización de transfusiones, en este tipo de pacientes, en su domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir el número de transfusiones reiteradas que se realizan en los pacientes crónico complejos en el hospital, sin aumentar el número de indicaciones.
- Garantizar la seguridad de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La atención de pacientes crónicos complejos en las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD), supone un uso adecuado de los recursos de la atención sanitaria especializada. La prevalencia de la Anemia en estos pacientes es elevada, estando indicadas las transfusiones cuando ésta es sintomática y refractaria a tratamientos alternativos como son la feroterapia intravenosa y el tratamiento con EPO. La decisión de transfundir hemoderivados (concentrado de hematíes) depende de factores analíticos (Hb<7g/dl) y clínicos (síntomas). Los síntomas mas comunes son la disnea y la fatiga o debilidad extrema. Existen múltiples publicaciones que demuestran que ambos síntomas son aliviados con la transfusión. Las unidades de HaD benefician a estos pacientes permitiendo la realización de este tratamiento en su domicilio. Hay que tener en cuenta el perfil de estos pacientes que tienen disminución de la capacidad funcional, una movilidad reducida y gran dependencia, todo ello condiciona grandes dificultades para su traslado hasta el hospital.

La transfusión se ha de realizar en condiciones de seguridad, que incluye la inequívoca identificación del paciente, el transporte óptimo de los hemoderivados, su modo de administración (medios y tiempos) y la diligente detección de reacciones adversas así como la existencia de un protocolo de actuación en el caso de complicaciones graves.

Planteamos como proyecto de calidad el diseño y puesta en marcha de una vía clínica, adaptada a nuestro sector y diseñada en colaboración con el Servicio de Hematología para la realización de transfusiones en este subgrupo de pacientes que más se benefician del tratamiento sin tener que desplazarse a un medio Hoapitalario.

Se ha de establecer:

- Criterios de ingreso para trasfusión de hemoderivados
- Circuito del paciente que ingresa en HaD para transfusión
- Material necesario
- Cuando y que producto transfundir
- Cantidad a transfundir
- Procedimiento transfusional
- Precauciones, deshecho de material, registro...
- Actuación ante una reacción transfusional

Las actividades a realizar son:

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar: Hematología, Unidad de paciente crónico y Hospitalización a domicilio (HaD)
- Elaboración de vía clínica de 3 días de duración
- Elaboración de procedimiento clínico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de transfusiones realizadas en domicilio
- % de pacientes transfundidos con criterios de indicación (Número de pacientes transfundidos con criterios de indicación x100/ N° total de transfusiones realizadas). Estándar < 5%
- N° de pacientes que reciben hemoderivados en domicilio*100/ Número de peticiones de transfusiones solicitadas por los servicios cliente

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0826 (Acuerdos de Gestión)**

VIA CLINICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA

- % de pacientes que sufren reacción post-transfusional moderada-grave

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en tercer trimestre de 2019 y primeros datos tras primer trimestre de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Materiales de identificación de paciente y hemoderivados
Materiales para transporte de hemoderivados

10. OBSERVACIONES.

Puede que se retrase el inicio, hasta que nos autorice el banco de sangre

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO(UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ESTHER ARTAJONA RODRIGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ ABAD CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- QUIÑONES FERNANDEZ ARALIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- BERTOLO GALINDO ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
- LABORDA SEGURANA MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- ARIÑO BORRAZ ARANZAZU. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- SANZ VIDAL MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En 2018, tuvo lugar la puesta en marcha del programa paciente crónico complejo en el sector Alcañiz. A nivel hospitalario, contamos con una unidad de 4 habitaciones dobles (8 camas), un pequeño hospital de día con 3 sillones y una consulta de medicina y enfermería. Al tratarse de un servicio de reciente creación, en la cartera de servicios del hospital, hemos detectado que no tiene bien desarrollado el proceso de la unidad, por lo que consideramos necesario el tener una guía consensuada con la que trabajar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Unificar criterios de actuación ante las distintas situaciones de derivación que se puedan dar en el programa, así como elaborar una gestión por procesos de la unidad con el fin de evitar en la medida de lo posible el tránsito de estos pacientes por el servicio de urgencias y colaborar con atención primaria como parte fundamental del programa, garantizando la valoración integral de los pacientes crónicos complejos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Subproceso de ingreso: camas, ingresos "programados", alta
Subproceso revisión en consulta: revisión programada o urgente. Enfermería/Medicina
Interconsulta virtual con atención primaria (contestación en 48 horas máximo)
Hospital de día programado o valoración urgente
Consulta telefónica (Medicina/enfermería)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización del proceso si/no
% interconsultas contestadas en plazo
% pacientes ingresados con valoración integral (escalas) realizadas
% consultas telefónicas resueltas/ comunicación con A. Primaria tras alta.
% pacientes incluidos en UCC que frecuentan urgencias por descompensación de su problema de salud fundamental
% ingresos UCC fuera de la unidad visitados por enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A lo largo 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos y materiales con los que contamos en el momento actual en la unidad

10. OBSERVACIONES.

Tanto enfermería como medicina realiza sesiones clínicas formativas al personal implicado en el circuito asistencial, fundamentalmente en centros de salud del sector.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente clasificado con complejidad p> 99 y p> 97-99 según GMA (grupo de morbilidad asociado)
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0625 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES NAVARRO DORADO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALDERON MEZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ALCANIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con la incorporación de una nueva enfermera a la consulta de vacunación se ha observado que podría haber variabilidad de criterio de administración de vacunas en los pacientes de nuestra consulta de vacunación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Eliminar la variabilidad y crear arboles de decisiones para la correcta administración de vacunas de nuestros pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se creará un manual de acogida con las diferentes situaciones que podrían ocasionar alguna duda en la vacunación. Se anotará en el programa informático de dispensación ambulatoria si existe alguna incidencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Vacunación correcta en los pacientes de nuestra consulta de vacunación (100%)

Se evaluarán todos los pacientes en el año y se analizará si ha existido o no alguna discrepancia en la toma de decisión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Anual

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con alguna inmunosupresión o con algún otro criterio de riesgo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0513 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RUIZ ANDRES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAGAN SOLSONA PILAR. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- JASANADA FLORES CARMEN. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL. TCAE. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ABAS VILA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- NAVARRO PARDOS CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- NAVARRO DORADO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento de la prevalencia de los microorganismos resistentes a antibióticos está aumentando en Europa, causando brotes y epidemias en varios países.
El empleo de antibióticos de amplio espectro, como tratamiento empírico en infecciones (sepsis e infecciones graves) puede conllevar el aumento de bacterias multiresistentes (MR)
Un rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacterianos, permitirá un tratamiento antibiótico adecuado y la puesta en marcha de las medidas de aislamiento que requieren dichos microorganismos, para evitar su propagación, así como la aparición de posibles brotes hospitalarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Identificar lo más rápidamente posible a los pacientes con aislamiento de bacterias con alta probabilidad de multiresistencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Introducción de una técnica de detección rápida de:

- 5 Carbapenemas: la β -lactamasas KPC (clase A de Amber). Metalo β -lactamasas de tipo IMP, VIM y NDM. La OXA 48 (clase D) en enterobacterias.

-Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Imipenem o Meropenem o CMI = 0.5mg/l y que en disco placa Imipenem-Imipenem/dpc = 7mm

-En enterobacterias se realizará un test rápido a los aislados: Imipenem CMI ≥ 1 y/o Meropenem CMI ≥ 1 y/o Ertapenem CMI ≥ 0.5

- Los grupos 1,2,8,9 y 25 CTX-M de β -lactamasas de espectro ampliado (BLEA) producido por enterobacterias.

-Se realizará un test rápido a los aislados de enterobacterias que expresen la presencia de una betalactamasa de espectro extendido.

- La enzima MCR-1, resistencia a colistina.

- Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Colistina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 2: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 3: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de CTX-M. Estándar 90%

Indicador 4: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido MCR-1. Estándar 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio: marzo 2019

Fecha finalización: diciembre 2019

Proyecto: 2019_0513 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0881 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

2. RESPONSABLE SARA BIELSA GRACIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GRACIA GARCIA OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
• LOPEZ ALJALDRE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
• BARRIENTOS REVILLA ELENA. ENFERMERO/A. CENTRO DIALISIS AMEX ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
• ANTORAN MORENO MARIOLA. ENFERMERO/A. CENTRO DIALISIS AMEX ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
• IBÁÑEZ MOLERO RAQUEL. ENFERMERO/A. CENTRO DIALISIS AMEX ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
• ORDÓÑEZ FERRER MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD ALCAÑIZ
• MARRIUTANU ANCA. ENFERMERO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD ALCAÑIZ

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tratamiento renal conservador (TRC) es una alternativa válida frente a la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), especialmente en pacientes de edad avanzada con factores de mal pronóstico y para aquellos que no quieren diálisis. Es fundamental que todo programa de TRC vaya acompañado de un programa eficaz y organizado de Cuidados Paliativos.

En nuestra unidad hemos detectado que en ocasiones se plantean dudas en la selección de pacientes candidatos a TRC, así como fallos en la toma de contacto con otros especialistas implicados en la atención de estos pacientes. Con este proyecto queremos mejorar la calidad de la atención de los pacientes con ERCA estableciendo un protocolo de cribado que nos ayude a diferenciar a los candidatos idóneos para esta terapia y mejorar la coordinación con otros especialistas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proyecto dirigido a pacientes con ERCA que optan a un tratamiento conservador:

- FGe < 15 ml/min/1.73m² y factores de mal pronóstico
- Pacientes que rechazan la diálisis
- Pacientes en diálisis con criterios de retirada de terapia renal sustitutiva

Con este proyecto trataremos de ofrecer un plan de cuidado integral centrado en el paciente con los objetivos:

1. Valorar qué pacientes con ERCA se beneficiarán de TRC
2. Comunicación detallada y toma de decisiones compartida con el paciente
3. Retrasar progresión de la ERCA y sus complicaciones
4. Manejo del dolor y otros síntomas que puedan aparecer
5. Plan de Cuidados Paliativos Avanzados y cuidados al final de vida adecuadamente coordinado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz, para coordinar el trabajo y aunar criterios de atención a estos pacientes
2. Elaboración y cumplimentación de una hoja de evaluación que abordará una exploración detallada de factores pronósticos, junto con un registro de la información comunicada al paciente y sus deseos y valores. El objetivo de la misma será valorar qué pacientes en ERCA se beneficiarán de un TRC, incluirá un registro de parámetros clínicos y de laboratorio. Cuando las características del paciente sugieran la presencia de un estado de fragilidad, deterioro de la capacidad funcional o cognitivo, se realizará una evaluación de las mismas mediante el empleo de test y pruebas específicos
3. Elaboración de material psicoeducativo para pacientes y familiares acerca de la ERCA y su manejo conservador
4. Oferta de una atención clínica multidisciplinar a los pacientes en TRC que incorpore:
 - a. Atención en consulta de enfermería nefrológica con entrega y explicación de material psicoeducativo previamente mencionado, junto con asesoramiento individualizado sobre dieta y estilo de vida
 - b. Seguimiento programado en Nefrología en función del grado de estabilidad clínica
 - c. Derivación de pacientes que requieran seguimiento domiciliario o en situación de últimos días al ESAD para su atención conjunta
 - d. Evaluación del dolor y los síntomas urémicos en cada visita con instauración de las medidas oportunas
 - e. Proporcionar a médicos de Atención Primaria información acerca del manejo de complicaciones agudas que puedan aparecer mediante la creación de un documento
 - f. Puesta en marcha de un registro de actividad clínica específico de TRC en la historia clínica electrónica común para Nefrología, ESAD, Atención Primaria y cualquier otro profesional que participe en el mismo
 - g. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes en TRC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores señalados a continuación tratarán de reflejar los resultados de la actividad de la Unidad respecto al TRC. Estándares no establecidos en la actualidad (Evaluación anual):

- Porcentaje pacientes > 75 años en TRC
- Porcentaje pacientes > 80 años en TRC
- Mediana de supervivencia en TRC por subgrupos de edad: < 75, > 75 y >80 años
- Porcentaje pacientes en TRC con acceso a atención multidisciplinar
- Mediana de calidad de vida percibida por el paciente en TRC en el momento de inclusión, a los 3 y a los 6

Proyecto: 2019_0881 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

meses

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa)

Caleendario:

- Elaboración de tríptico informativo sobre TRC (marzo 2019)
- Elaboración de hoja de evaluación-orientación terapéutica de pacientes (marzo 2019)
- Elaboración de documento informativo para Atención Primaria (abril 2019)
- Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz (abril 2019)
- Complimentados los anteriores, se iniciará la aplicación del proyecto con pacientes

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Impresión de trípticos/folletos informativos
- Acceso de todos los profesionales sanitarios implicados a la historia clínica electrónica (Episodio: Tratamiento Renal Conservador vs Formulario: ERCA)
- Colaboración con ESAD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad Renal Crónica Avanzada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO

2. RESPONSABLE SERGIO FANDOS LORENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
- AGUD CARMONA MONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
- GAVIN BLANCO OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado un deficit en el tratamiento de los derrames pleurales crónicos, recidivantes y/o malignos. En pacientes con estos tipos de derrame que no eran subsidiarios por distintos motivos de tratamiento quirurgico, hasta ahora la única alternativa que se les estaba ofreciendo eran medidas paliativas mediante toracocentesis seriadas o tratamientos sedantes. La utilización de un drenaje permanente tunelizado permite ofrecer un tratamiento menos agresivo que la cirugía o la pleurodesis química. Hasta ahora no había ningún profesional formado en esta técnica en el hospital de Alcañiz. En los centros en los que esta técnica ya esta instaurada se ha conseguido un mayor confort de los pacientes con derrame crónico, evitando la realización de toracocentesis seriadas y reduciendo las visitas hospitalarias e incluso en un número importante de casos se ha conseguido la pleurodesis completa, solucionando el derrame pleural.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se espera conseguir la pelurodesis en pacientes que por alto riesgo no pueden beneficiarse de un tratamiento mediante pleurodesis química o quirúrgica. En los pacientes en los que no se consiga una pleurodesis se obtendra un mayor confort a la hora de tratar los síntomas ocasionados por el derrame pleural, dando la opción al paciente de hacer evacuaciones en el propio domicilio sin necesidad de acudir al hospital y sin necesidad de realizar nuevas toracocentesis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Curso de formación en ecografía y tecnicas invasivas neumológicas (Febrero de 2019)
- 2) Sesiones clínicas una general dentro del programa de sesiones clínicas del Hospital y dos más concretas dirigidas a facultativos de medicina Interna y Facultativos de Oncología con el fin de señalar pacientes diana, criterios de inclusión y exclusión y establecer un protocolo de actuación una vez se ha detectado un paciente subsidiario de este tratamiento (Marzo-Mayo 2019)
- 3) Taller con enfermería de Neumología para instruir en la tecnica de colocación de drenaje y cuidados posteriores (Marzo 2019)
- 4) Los recursos necesarios son personal formado (Neumologo ya formado y 2 enfermeras que recibirán formación) y el sistema de drenaje (ya introducido en el sistema aragones de Salud, pendiente de ser aceptado en el Hospital de Alcañiz)
- 5) Esta tecnica supone una nueva oferta de tratamiento por parte del servicio de Neumología. Se preveé inicialmente una realización aproximada de 1 técnica al mes, por lo que no hay que abrir una nueva agenda ni va a suponer una merma en el resto de la actividad del servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1) Numero de drenajes colocados (10 +/- 3) Registro del servicio
- 2) Número de pleurodesis conseguidas (50% +/- 15%) Registro del servicio
- 3) Numero de pacientes satisfechos con el sistema (90% +/- 10%) Encuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se prevee empezar con el proyecto en el mes de Marzo (Tan pronto como consigamos el sistema de drenaje)
Sergio Fandos (Encargado de realizar la técnica, dará formación a enfermería, impartirá la sesión clínica general)
Marta Alquezar y Monica Agud (Realizarán la técnica junto a Sergio Fandos, instruirán al paciente y a las familias en el manejo domiciliario del drenaje)
Olga Gavín (Coordinadora de Medicina Interna para informar a sus compañeros sobre la implantación de la técnica, ayudandoles a seleccionar pacientes diana que se beneficien de la misma)
Maria Alvarez (Coordinadora de Oncología para informar a sus compañeros sobre la implantación de la técnica, ayudandoles a seleccionar pacientes diana que se beneficien de la misma)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aprobación del uso del sistema de drenaje permanente tunelizado en el hospital de Alcañiz (Ya aprobado en el SALUD)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0396 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

2. RESPONSABLE BEATRIZ VICENTE LOPEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ADIEGO CALVO IGNACIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ANDREU GISBERT MARIA PILAR. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARCI SALINA MARIA ESPERANZA. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BARRABES SANCHEZ MIRIAM. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hemos encontrado varias incidencias relativas a la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Al analizar la situación nos encontramos con que el personal desconoce la actuación o el procedimiento a seguir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evitar las incidencias repetidas relacionas con la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Establecer pautas de actuación, para que el feto llega en las mejores condiciones al servicio de Anatomía Patológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Establecer unas instrucciones técnicas
- Consensuar la decisión de realizar biopsia y/o autopsia, revisando documentación vigente y normativa para estos casos
- Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad
- Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de incidencias presentadas en 2019 (Estándar 0%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero-Septiembre 2019: Establecer las instrucciones técnicas a seguir, consensuando la decisión de realizar biopsia y/o autopsia con el servicio de A P, revisando documentación vigente y normativa para estos casos. Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad

Septiembre-Noviembre 2019: Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

Diciembre 2019: Evaluar la situación y valorar el indicador.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS

2. RESPONSABLE CARMEN EGEA ESTOPIÑAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- CASORRAN BERGES MARTA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- GELI JUNYER CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
- GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La toxicidad retiniana por cloroquina (CQ) y su análogo hidroxicloroquina (HCQ) fármacos derivados de la 4-aminoquinolina, ha sido bien conocida desde hace años. Ambos fueron empleados en el tratamiento de la malaria, aunque actualmente se indican en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes (Lupus, Artritis Reumatoide, Síndrome antifosfolípido, etc) Su empleo ha aumentado de forma drástica debido a su gran capacidad de inmunomodulación, con un aceptable perfil de seguridad, bajo coste y ausencia de inmunosupresión. Estos fármacos se excretan fundamentalmente a nivel renal y hepático. Ambos fármacos presentan una toxicidad ocular dosis dependiente relativamente predecible. La dosis recomendadas como seguras son CQ dosis inferior a 2,3 mgr/kg peso real/día y para la HCQ es inferior a 5 mgr/Kg peso real/día La presencia de toxicidad retiniana es poco frecuente (inferior al 1%) se las dosis del fármaco empleadas son las adecuadas. Sin embargo, el aumento en su prescripción, así como la edad temprana de inicio del fármaco hacen que sea necesario establecer unas pautas de screening para evitar la aparición de lesiones severas e irreversibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actualizar y proporcionar una nueva estrategia de screening en pacientes con tratamiento antipaludico conjuntamente entre el servicio de Reumatología y Oftalmología para coordinar el manejo de estos pacientes y poder establecer unas pautas conjuntas para detectar de manera precoz la maculopatía asociada. Por parte del servicio de oftalmología se realizará una visita basal al inicio del tratamiento (Realizando un examen oftalmológico completo, con especial atención a las patologías maculares; una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2, la autofluorescencia mediante funduscopia. La siguiente revisión sería a los 5 años de tratamiento sin factores de riesgo concomitantes y dosis adecuada. A partir de aquí se programarían revisiones anuales, con las mismas pruebas del inicio. Además, esperamos incorporar el protocolo a la Intranet del Sector de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo.
- Elaboración del protocolo de screening de pacientes con tratamiento antipaludicos.
- Se realizarán sesiones informativas en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso.
- Finalmente se incorporará el protocolo a la web, para su difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos de síntesis a los que se les ha realizado correctamente el screening.
- Control de las pruebas realizadas, y valoración de su resultado.
- Porcentaje de pacientes a los que se les inicia tratamiento con antipaludicos en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para realizar el screening.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos y en seguimiento en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para iniciar el protocolo.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el transcurso de 2019, con fecha de finalización en el primer trimestre de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0827 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFROPROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PRADES ALQUEZAR PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
- BIELSA GRACIA SARA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
- GRACIA GARCIA OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
- CRESPO AVELLANA MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hemos detectado numerosas incidencias en nuestro hospital relacionados con los pacientes con problemas clínicos crónicos (tumoraes, infecciosos...) que precisan de la realización de pruebas de imagen con contraste, que al llegar a radiología se decide rechazar la prueba con contraste para evitar fracaso renal agudo durante la realización de la misma. Esto tiene como consecuencia que muchos pacientes se les hacen las pruebas sin contraste con lo que se dificulta la toma de decisiones posterior por parte de los profesionales solicitantes de la prueba. La causa, creemos, que se debe a que no existe un protocolo de nefroprotección.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir el rechazo de realización de pruebas con contraste a estos pacientes
- Incrementar la seguridad en la realización de las pruebas reduciendo la probabilidad de fracaso renal agudo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Muchos pacientes que precisan seguimiento ambulatorio por un problema clínico crónico (tumoral, infeccioso o de etiología no filiada) necesitan de la realización periódica de pruebas de imagen con contraste iv. El contraste iv está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal severa, debiéndose usar con precaución en los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada; en éstos pacientes, en unas ocasiones se renuncia al uso de contraste iv (hecho que conlleva la pérdida de la calidad de la prueba y dificulta su interpretación para el radiólogo y para el Médico responsable) y en otras, se plantea un ingreso programado en planta de hospitalización para hacer nefroprotección antes de la prueba y así disminuir el riesgo de fracaso renal asociado al contraste. Proponemos la creación de una vía clínica para ofrecer a éstos pacientes y a sus médicos responsables, la posibilidad de realizar nefroprotección ambulatoria, con ingreso programado en Hospitalización a Domicilio.

Elementos que componen la vía clínica:

1. Servicios que participan en su implantación
2. Criterio de Selección de pacientes
3. Medios con los que realizar la Nefroprotección
4. Diseño del circuito

Se precisa coordinación entre los servicios de radiodiagnóstico, nefrología, oncología, hematología, medicina interna y hospitalización a domicilio. La vía clínica se desarrollaría en hospitalización a domicilio en un período de 3 días.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes en los que se ha solicitado la prueba con contraste y que ha sido rechazada (<5 %)
- % de casos de fracaso renal agudo tras la realización de la prueba (<5%)
- Número total de nefroprotecciones realizadas x100 / Número de nefroprotecciones solicitadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en tercer trimestre de 2019 y primeros resultados en tercer trimestre de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponemos de todos los recursos necesarios, materiales y de recursos humanos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0827 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFROPROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con insuficiencia renal + proceso crónico neoplásico y/o infeccioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRUGIA ENDOSCOPICA NASONINUSAL (CENS) CON MICRODEBRIDADOS

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ ROMERO BEGOÑA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OTORRINOLARINGOLOGIA
- MILIAN RILLO MARIA ASUNCION. TCAE. H ALCAÑIZ. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente la CENS (cirugía endoscópica nasosinusal) se realiza en el Hospital de Alcañiz mediante endoscopia y el manejo de pinzas estándar. Actualmente existe tecnología que nos permite realizar la técnica de forma más rápida, segura y eficaz con un motor y un microdesfibrilador, que permite mejor visión del campo operatorio (el microdesfibrilador está conectado a un irrigador y un aspirador) con un mejor control de la apertura de las celdas etmoidales, espaciando las recidivas de los pólipos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar las intervenciones en menos tiempo
- Evitar complicaciones (hemorragias y apertura de la órbita, fundamentalmente)
- Retrasar las recidivas de los pólipos por mejor exéresis

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación en el manejo del aparato
- Aplicación a todas las cirugías nasosinusales (poliposis y sinusitis crónicas fundamentalmente)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % pacientes con hemorragias post quirúrgicas en el post operatorio
- % de pacientes que experimentan recidiva del pólipo antes de un año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio 1 de Enero de 2019
Finalización 31 de Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Motor y desbridador que se acaba de adquirir por el Hospital de Alcañiz para el Servicio de ORL

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Poliposis nasosinual y Sinusitis crónicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0420 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· OCHOA GOMEZ LAURA. MEDICO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· SORO FERRER ESTELA. MEDICO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· BLASCO DOMINGO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· ARANDA GONZALEZ SONIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. PEDIATRIA
· MILIAN BRENCHAT MARIA DOLORES. TCAE. H ALCANIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años, la tendencia de los días de estancia hospitalaria del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente; siendo actualmente lo habitual en nuestros hospitales una estancia hospitalaria del RN sano al menos de 48h. Al ser el periodo de hospitalización corto, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas de peso cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Además, pueden surgir complicaciones tras el alta como la hiperbilirrubinemia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso.

Además, la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h.

A todo esto se debe sumar la dificultad del seguimiento temprano en los centro de Salud por la alta demanda y por la necesidad de algunos días tras el nacimiento para realizar todas las gestiones burocráticas de identificación y registro de los recién nacidos. En el caso de los recién nacidos extranjeros, se añaden las dificultades idiomáticas y los problemas paternos laborales que pueden retrasar aún más esta primera visita.

Por otro lado, en algunas ocasiones, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria garantizando la seguridad clínica en los niños
 - Detectar precozmente los problemas que aparecen tras el alta
- Disminuir la tasa de reingreso
- Garantizar el control clínico tras el alta en pacientes con diversas patologías como bajo peso al nacimiento
 - Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Implantación de una consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo.
- Creación de agenda específica para consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de estrecho seguimiento (ES) neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de ES neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de ES/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de ES.

Proyecto: 2019_0420 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Creación agenda de consulta: Marzo 2019
- Información al servicio: Marzo 2019
- Elaboración sistema de registro: Abril-Diciembre 2019
- Revisión de indicadores: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Plan de necesidades para llevar a cabo las intervenciones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA DEL RECIEN NACIDO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDEN RUEDA CLAUDIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GARCIA VILLAR PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· CURA BELMONTE NOELIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GAIBAR ANGUERA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hablamos de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal por un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche.

Las proteínas de leche de vaca se encuentran entre los primeros antígenos con los que el niño tiene contacto, habitualmente es el primer antígeno no homólogo que el niño recibe en cantidades importantes. La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la patología por alergia alimentaria más común en los lactantes y niños pequeños, afecta a un 2,5% de la población.

En estudios efectuados en nuestro país, la APLV corresponde a la cuarta parte de los niños afectados de alguna alergia alimentaria, y ocupa el tercer lugar como causa de alergia alimentaria después del huevo y el pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. Actualmente en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, con resultados hasta el momento muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Alcanzar tolerancia precoz a las proteínas de leche de vaca consiguiendo así normalizar sus hábitos dietéticos
- Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV, tomando como referencia el de nuestro servicio de referencia que es el del servicio de alergología Hospital Miguel Servet.
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo a través de una sesión clínica
- Selección de pacientes menores de 24 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica.
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes en los que se induce tolerancia/ Numero de pacientes en los que se consigue tolerancia completa
- Duración media de la adquisición de tolerancia completa
- Número de pacientes que presenta reacción adversa grave (adrenalina, corticoide, antihistamínico) / número de pacientes en los que se induce tolerancia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del protocolo: Marzo 2019

Proyecto: 2019_0423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: abril 2019
- Evaluación y selección de pacientes: Abril 2019-diciembre 2019
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Abril 2019-diciembre 2019)
- Revisión de indicadores: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Plan de necesidades para llevar a cabo las intervenciones

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLAVERO MONTAÑES NURIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SORO FERRER ESTELA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PONS GODES INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· HERRERO CENTELLES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ESPALLARGAS PEDROS CARMEN. TCAE. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· FERNANDEZ ARENAS EMILIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección viral congénita más frecuente en países desarrollados, siendo la principal causa de deficiencia neurosensorial adquirida intraútero y la primera causa de hipoacusia neurosensorial.

La infección fetal puede ser debido a una primoinfección (1-3%) o por reinfección-reactivación (30-40%) de una cepa diferente. La afectación fetal más frecuente se produce de forma secundaria a la primoinfección materna. La tasa de transmisión es mucho mayor en la segunda mitad de la gestación, pero mucho más grave durante el primer trimestre de gestación.

La infección congénita por CMV genera un cuadro con un espectro clínico muy variable, desde asintomática en el 85-90% de los casos hasta un síndrome congénito muy grave. Es causa de múltiples anomalías del SNC, déficit auditivo y visual. La hipoacusia neurosensorial es la secuela más común de la infección congénita por CMV y ocurre en un 30-60% de los niños sintomáticos y entre un 10-20% de los asintomáticos.

Para poder hacer un diagnóstico de infección congénita por CMV y no postnatal (con los test habituales), se ha de hacer dentro de las 2-3 primeras semanas de vida del recién nacido. Pasado este periodo la única herramienta de diagnóstico retrospectivo será la detección de DNA de CMV en la muestra de sangre seca del papel de filtro de cribado metabólico neonatal.

Ante la sospecha de infección congénita se procederá inicialmente a la detección del DNA del CMV en orina. La PCR de CMV en orina es la técnica con mayor sensibilidad diagnóstica (sensibilidad 100%, especificidad 99.2%, según las últimas investigaciones). Si la muestra de orina resulta negativa queda descartada la infección congénita. Si se detectan pruebas positivas para CMV, el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores resultados cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con infección congénita por CMV
- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con alta sospecha de infección congénita
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con alta sospecha de infección congénita por CMV
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con infección congénita por CMV y valorar la terapia antiviral tras informar a la familia de los riesgos/beneficios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un protocolo de cribado de infección congénita por citomegalovirus en el Hospital de Alcañiz.
- Determinar las indicaciones de cribado de infección congénita por CMV
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo
- Elaboración de un registro de los pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV
- Elaboración de un registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de determinaciones de PCR de CMV en orina/ total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV (Estándar 90%)
- N° pacientes afectados de infección congénita por CMV / total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV
- N° pacientes con otoemisiones alteradas e infección congénita por CMV / total pacientes con otoemisiones alteradas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del protocolo: Marzo-junio 2019
- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: junio 2019
- Elaboración sistema de registro: Junio-diciembre 2019

Proyecto: 2019_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Revisión de indicadores: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Envío de muestras de orina al laboratorio de referencia (Hospital Miguel Servet de Zaragoza) para la determinación de la PCR de CMV en orina

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN QUIROFNAO DE LOCALES DE GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. PRUEBAS FUNCIONALES
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ GIMENEZ RUBEN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. PRUEBAS FUNCIONALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente en quirófano de locales de ginecología no existen determinados procedimientos de enfermería, y de los que existen algunos han quedado obsoletos, dándose heterogeneidad en la atención prestada por parte de la enfermería, lo que afecta especialmente a la preparación del material antes de cada procedimiento específico o el desarrollo de los procedimientos de la unidad. Estamos hablando de histeroscopias diagnósticas... La consecuencia de esto es que a veces hay que interrumpir los procedimientos por falta de material, y retraso en la ejecución de las pruebas por desconocimiento de determinados pasos, lo que además de originar retrasos en la atención, origina descontento en los médicos con los que se colabora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir la heterogeneidad en la atención, evitando retrasos y malestar en los profesionales con los que colaboramos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo ... recursos materiales...). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios. Este proyecto se basa en la recopilación de información (de las guías de ginecología), puesta al día y el consenso de los procedimientos de enfermería que se llevan a cabo en las diferentes intervenciones que se realizan en el quirófano de locales de ginecología. Crearemos con toda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación de la satisfacción de los profesionales con los que colaboramos (ginecólogos) mediante escala Likert que se aplicará a cada uno de los procedimientos antes y después de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Señalar para cada actividad la duración prevista y los responsables de su implantación. Incluir las actividades relacionadas con la evaluación del proyecto, plan de comunicación... Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto
Entre los meses de Marzo y Abril de 2019 buscaremos la información pertinente y estableceremos una guía para cada intervención. Mayo, creación de la guía con los diferentes procedimientos para que esté disponible para los profesionales que tengan que trabajar en el quirófano. A partir de Junio evaluación de los procedimientos por los profesionales del equipo y corrección de posibles fallos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología ginecológica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0921 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISION DE LA INFORMACION EN LA SECCION DE TC DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ESTHER PEREZ ANGOSTO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PRADES ALQUEZAR PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- GASULLA FERRAS SONIA. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- GIL MESTRE RAQUEL PAULA. TER. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- MORMENEO FALGAS ELENA. TER. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- SERRANO JIMENEZ MARIA PILAR. TER. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- GUILLEN IBAÑEZ ANA MARIA. TER. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
- MARTINEZ ARIÑO JORGE VICENTE. TER. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El incremento cada vez mayor de pacientes que acuden al servicio de rayos con una serie de barreras tanto idiomáticas como sensoriales, lo que supone una gran dificultad para el personal que le atiende de conseguir una exploración radiológica de calidad y por otro lado también un riesgo para el paciente al no comprender las indicaciones ya que un porcentaje muy elevado precisan de la administración de contraste yodado intravenoso, hace evidente la necesidad de crear una herramienta que nos facilite la comunicación en este tipo de situaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Generales

- Ofrecer a los pacientes que presenten una barrera idiomática o sensorial una información en términos comprensibles disminuyendo así tanto el riesgo derivado de la administración de contrastes intravenosos como el de los efectos producidos por las radiaciones ionizantes, garantizando al mismo tiempo los derechos de los usuarios.
- Facilitar una herramienta al resto de los profesionales del servicio de rx, ya que muchas de las indicaciones pueden ser útiles en el resto de salas.

2. Específicos

Todos los pacientes con limitaciones idiomáticas y sensoriales que precisen un TC durante los meses de junio a diciembre del 2019, comprenderán la información y las indicaciones transmitidas para poder colaborar dentro de sus posibilidades en la realización de una exploración segura y de calidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de un manual en diferentes idiomas, así como en pictogramas con la información e indicaciones más relevantes.

-Creación de un grupo de trabajo

-Fijar y consensuar metodología en la realización del proyecto

-Reparto de tareas y búsqueda bibliográfica entre los distintos componentes.

-Confeccionar primero el manual en castellano con pictogramas para luego traducirlo a inglés, francés, alemán, árabe, rumano.

-Elaborar un consentimiento informado traducido a los diferentes idiomas donde se registre que reúne los requisitos necesarios para realizar la prueba (alergias, medicamentos...)

-El día de la exploración, en la sala de espera, le entregaremos el manual y el consentimiento informado para que pueda consultarlo tranquilamente.

-Una vez dentro de la sala, le solicitaremos que nos responda a cada una de las preguntas requeridas, para resolver las dudas que puedan surgir.

-Finalizada la exploración le entregaremos un sencillo cuestionario, para comprobar y medir la utilidad de este proyecto.

-Elaboración de una hoja Excel donde se reflejen los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de proceso:

- Registro del número de pacientes con barreras idiomáticas o sensoriales.
- Registro del número de folletos entregados a los pacientes.
- Registro del número de encuestas finales entregadas.

Indicadores de resultado:

- Registro del número de encuestas finales cumplimentadas satisfactoriamente
- Registro del número de encuestas finales cumplimentadas no favorables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: creación del grupo de trabajo, planificación y elaboración de la directriz del proyecto.

Abril 2019: reunión para elaborar el manual, hoja excel y la encuesta final en español. Reparto de la traducción a los diferentes idiomas.

Proyecto: 2019_0921 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISION DE LA INFORMACION EN LA SECCION DE TC DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Mayo 2019: puesta en común de los diferentes manuales. Reunión con el resto del servicio para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.

Junio 2019: identificación de la población diana y entrega del manual correspondiente antes de la exploración y encuesta de satisfacción al finalizarla. Registro de la actividad en la hoja Excel.

Diciembre 2019: evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Colaboración del personal que trabaja en el servicio y no está incluido en el proyecto.
- Manual con la información e indicaciones necesarias para obtener una exploración segura y de calidad en español, inglés, francés, alemán, árabe y pictogramas.
- Consentimiento informado traducido.
- Cuestionario final de evaluación.
- Hoja Excel para registro de los resultados obtenidos

10. OBSERVACIONES.

Quedaran excluidos los pacientes que en caso de urgencia y debido a su estado físico y/o mental no puedan colaborar. Tras la evaluación final del proyecto se valorará la implementación de los consentimientos traducidos en las principales consultas de demanda (oncología, neurología o cirugía).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diagnóstico de enfermedades
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1109 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA LA REALIZACION DE LA BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE PILAR PRADES ALQUEZAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. RADIODIAGNOSTICO
· FRAGA MILLAN CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. RADIODIAGNOSTICO
· GASULLA FERRER SONIA. TER. H ALCANIZ. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR. TER. H ALCANIZ. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL. TER. H ALCANIZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La biopsia hepática es una técnica que se realiza en la sección de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico los miércoles a primera hora de la mañana.
La ausencia de una guía donde se refleje el cumplimiento de los requisitos previos, material y cuidados que requiere está prueba, favorece la aparición de errores que ponen en peligro la seguridad del paciente y su correcta realización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los pacientes programados de BHP en el servicio de Radiodiagnóstico durante los meses de junio a diciembre de 2019 cumplirán los requisitos necesarios para la realización de la prueba, quedando todo ello debidamente registrado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de una guía-registro consensuada con el servicio de digestivo, donde se reflejen los requerimientos necesarios para la realización de la prueba y los cuidados recomendados tras ella.
El día de la prueba, en la sala de ecografías se comprobará que el Check-list procedente de la planta esté debidamente cumplimentado y se seguirán los pasos recomendados en la guía dejando constancia de los cuidados recibidos y las complicaciones que hayan surgido hasta el momento en el que el paciente abandone la sala.
Al finalizar el procedimiento se informará al paciente sobre las recomendaciones a seguir para evitar posibles complicaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Registro del número de pacientes a los que se les realiza una BHP.
- Registro del número de pacientes que cumplen los requisitos.
- Registro del número de pacientes que no cumplen los requisitos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019: creación de un grupo de trabajo y planificación del proyecto.
- Abril 2019: revisión bibliográfica y elaboración del listado de requerimientos, material y cuidados necesarios para la prueba.
- Mayo 2019:
 - Reunión con el servicio de digestivo para consensuar la guía de cuidados.
 - Elaboración de la guía-registro de biopsias.
 - Sesión clínica dirigida al resto de los compañeros del servicio previa al inicio del proyecto.
- Junio/diciembre 2019: implantación de la guía-registro.
- Octubre 2019: reunión del grupo de trabajo para revisar el seguimiento del proyecto.
- Enero 2019: evaluación de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Hoja de registro con listado de requisitos, material y recomendaciones.
- Historia clínica del paciente en formato papel, así como historia clínica electrónica.
- Check-list procedente de la planta.
- Aprobación por parte del servicio de Digestivo para que los cuidados y recomendaciones tras realización de la biopsia estén consensuados con los de la planta.
- Hoja Excel donde se registren los resultados.

10. OBSERVACIONES.

Una vez instaurada la fase de proyecto y tras la posterior evaluación de resultados y modificaciones en caso de ser necesario, se dará continuidad a este proyecto de forma indefinida.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1109 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA LA REALIZACION DE LA BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0599 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA: REHABILITACION INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA DEL BAJO ARAGON

2. RESPONSABLE MARCO POLO ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· NIETO BLASCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Atención Temprana es una opción de canalización y tratamiento importante en niños hasta los 6 años, siendo el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil, a la familia y al medio, que da respuesta lo precocemente a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Para garantizar una atención adecuada al niño y a la familia, es necesario la coordinación de los servicios socio-sanitarios-educativos, y la adecuada cooperación y coordinación de todos los miembros del Equipo Multidisciplinar. Se trata de una interacción tanto de los miembros del equipo entre sí, como recíproca con la familia.

Dado que consideramos que, en el Área de Salud de Alcañiz, la valoración, seguimiento y atención de estos pacientes no se está realizando de una manera coordinada y protocolizada, debido a la falta de comunicación entre los distintos servicios implicados, trasladando a los pacientes una información en ocasiones contradictoria entre los distintos servicios, lo que creemos que puede repercutir en la evolución de los pacientes.

Por ello creemos oportuno la creación de una Unidad Conjunta con un protocolo de actuación y seguimiento conjunto de estos pacientes, que permita reforzar la capacidad de trabajo en equipo de todos su integrantes (fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y médicos rehabilitadores) que permita un seguimiento oportuno, la reevaluación/modificación de los diversos tratamientos, así como la valoración conjunta de la necesidad de ayudas técnicas u ortésicas; o en su caso la necesidad valorar otras alternativas de tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- Mejorar la coordinación de servicios socio-sanitarios-educativos.
- Acercar el proceso de Rehabilitación al paciente, eliminando barreras geográficas y administrativas.
- Unificar objetivos de tratamiento que sean realistas y adaptados a cada caso.
- Dar visibilidad a cada niño y familia que todos los profesionales de la salud, trabajamos en la misma dirección de cara al beneficio del paciente, en este caso del niño.
- Trabajar en equipo para tratar de alcanzar el máximo grado de autonomía personal y de integración familiar, escolar y social.
- Conseguir la igualdad de oportunidades para todos los niños, que precisen este tipo de asistencia, garantizando una atención adecuada al niño y a su familia.
- Evitar duplicidades en los recursos, solapamiento de actuaciones, informaciones repetitivas y/o contradictorias.
- Promoción de la salud y aumento de la calidad asistencial y calidad de vida de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se establecerán unos criterios de derivación al grupo de trabajo, unificados para todos los servicios implicados que serán difundidos en las reuniones del grupo. Se realizarán dos reuniones al año, de carácter semestral entre los Servicios de Atención Temprana del Bajo Aragón y de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. En ellas se discutirá sobre casos seleccionados que estén en tratamiento activo en Atención Temprana y que precisen de una reevaluación, valoración de modificación de tratamiento, uso de ayudas ortésicas o valoración de remisión a otros especialistas. De esta manera concretar el correcto seguimiento de cada paciente en las consultas de Rehabilitación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- A) NÚMERO DE REUNIONES AL AÑO: A alcanzar el número de 2, sin límite inferior
B) PORCENTAJE DE NIÑOS VALORADOS EN LA REUNIÓN CON ATENCIÓN TEMPRANA QUE TRAS LA REUNIÓN SE DECIDE SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE REHABILITACIÓN: 80-90%
C) PORCENTAJE DE NIÑOS QUE TRAS SER VALORADOS SE LES MODIFICA TRATAMIENTO O SE LES INDICA PRODUCTO ORTÉSICO: 30-50%
D) Valoración por parte de los servicios "proveedores" mediante escala Likert (1 al 10) de la utilidad de las reuniones realizadas al acabar al año. Estándar > 7 en promedio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primera reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Junio 2019

Segunda reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Diciembre 2019

Citas previstas para los pacientes de los que se hable en dichas reuniones: Junio y Julio de 2019 y Diciembre

Proyecto: 2019_0599 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA: REHABILITACION INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA DEL BAJO ARAGON

de 2019 y Enero de 2020 respectivamente a cada reunión.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Las reuniones y las consultas de Rehabilitación se realizarán en el Centro de Salud Viejo de Alcañiz. No se precisan recursos adicionales.

10. OBSERVACIONES.

No precisa

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología neurológica y osteomuscular
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

2. RESPONSABLE ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCANIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCANIZ. REHABILITACION
· MARTI AMELA ANA BELEN. FISIOTERAPEUTA. H ALCANIZ. REHABILITACION
· HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. H ALCANIZ. REHABILITACION
· SANGO MARTINEZ MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCANIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El dolor de espalda y sobre todo la lumbalgia inespecífica por su prevalencia y sus consecuencias en la población, se presenta como un importante problema sanitario, social, laboral y económico. A nuestro servicio llega gran cantidad de pacientes aquejados de dolor de espalda. El tratamiento que se plantea es la escuela de espalda (EDE) tiene como objetivo educar al paciente haciéndole corresponsable en la prevención y en el tratamiento, basándose en los fundamentos de la EDE que son:

- Conocimientos de biomecánica corporal
- Hábitos de vida saludables
- Higiene postural
- Programa de ejercicios

Uno de los problemas más frecuentes en nuestro servicio en los pacientes con lumbalgia, es que una vez que han terminado tratamiento, el mensaje se va diluyendo a lo largo del tiempo, con lo que es más fácil que vuelvan a recaer, y es una demanda frecuente de los pacientes disponer de unas instrucciones escritas de la escuela de espalda para mantener el mensaje.

Población diana:

Este protocolo está indicado para todos los pacientes derivados por el médico rehabilitador al servicio de fisioterapia con problemas de columna lumbar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mantener el mensaje de la escuela de espalda a lo largo del tiempo mediante la entrega de la tabla de ejercicios solicitada.
Reducir las recaídas por lumbalgia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Proporcionar una información normalizada al paciente mediante la creación de una tabla de ejercicios específica para la lumbalgia. El protocolo se va a desarrollar mediante 6 sesiones teórico-prácticas de escuela de espalda.

Conceptos teóricos:

- Anatomía y biomecánica de la espalda
- Origen y manejo del dolor de espalda
- Higiene postural

Contenido de la práctica:

- Conciencia y corrección postural
- Ejercicios de respiración
- Ejercicios de flexibilización
- Ejercicios de potenciación
- Relajación

Al finalizar se les entregará la tabla de ejercicios al paciente para que pueda realizar los ejercicios en casa, y así seguir con su tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes con diagnóstico de lumbalgia que han recibido la tabla de ejercicios.
Estándar: recepción por el 90% de los pacientes diagnosticados de lumbalgia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Redacción del protocolo y de la tabla de ejercicios desde enero a junio del 2019.
Desde junio del 2019 puesta en funcionamiento del protocolo, con registro de la entrega de la tabla de ejercicios.

Proyecto: 2019_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colchoneta, pelota de bobath, bandas elásticas.

Recursos humanos: fisioterapeuta.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ESPERANZA REAL CORDERO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BORRAZ MIR INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
• PEREZ GUILLEN CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
• BERNARDO BAYON ELENA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
• RUIZ HERNANDEZ CARMEN. TCAE. H ALCAÑIZ. HOSPITAL DE DIA
• DOSSANTOS PONZ ANABEL. TCAE. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
• RODA ARTAL MARTA. TCAE. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
• ROCA PONZ PILAR. TCAE. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Son muchos los pacientes que ingresan en nuestro hospital que requieren de cuidados paliativos. Tras la creación del comité de cuidados paliativos del área de Alcañiz, se determinó la necesidad de la sensibilización en este ámbito y por parte de enfermería la formación y sobre todo la unificación de criterios a la hora de aplicar estos cuidados de manera estandarizada en cualquier servicio del hospital. De igual manera al no haber un servicio ni camas específicas donde ingresan este tipo de pacientes en nuestro hospital, pudiendo por ello ser ingresado en cualquier planta de hospitalización, se crea la necesidad de prestar los mismos cuidados a estos pacientes acordes con su situación debido a la enfermedad, muchos de ellos ya reciben cuidados paliativos en sus domicilios y una vez ingresados en el hospital es fundamental la continuidad de estos cuidados. A su vez, la enfermería de nuestro hospital, al ser un hospital de agudos y comarcal, manifiesta el estar poco formada en cuidados paliativos ya que no son específicamente los cuidados que se brindan en sus servicios, generando en el personal de enfermería inseguridad y no satisfacción en el cuidados de estos pacientes. Este desconocimiento junto con la delicada situación de estos enfermos, crea la sensación en la enfermería de poder hacer algo más, y el deseo de brindar unos cuidados de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Crear conciencia de cuidados paliativos.
- Adquirir conocimientos básicos por parte del personal de enfermería sobre cuidados paliativos.
- Unificar criterios de cuidados paliativos entre el personal de enfermería.
- Brindar cuidados paliativos a los enfermos candidatos a ellos, ingresados en nuestro hospital, independientemente del servicio donde ingresen.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un grupo de trabajo de enfermeras y tcaes, donde a partir de reuniones se debatan cuestiones sobre los cuidados paliativos, se determinen necesidades de formación, se profundice en el conocimiento de estos, se resuelvan dudas, etc.
- Se creará una red de enfermeras y tcaes en el hospital (una enfermera y tcae por servicio), que sirvan de referentes, apoyo, promotora de estos cuidados, y que informa al resto del personal de su servicio sobre la aplicación de estos cuidados. De esta forma se creará la figura de formador de formadores.
- Se elaborará una guía básica de enfermería en cuidados paliativos, accesible en todos los servicios, de manera que sirva de consulta rápida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- La realización de una guía accesible de consulta de cuidados paliativos para enfermeras.
- Realización de un check-list de cumplimiento de captación y realización de enfermos y cuidados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reuniones periódicas mensual o bimensual del grupo de trabajo (a partir de febrero/ 2019).
- Elaboración de la guía.
- Implantación de la guía en los servicios.
- Sesiones clínicas de sensibilización sobre cuidados paliativos, además de dar a conocer la guía como método de consulta rápida (varias al año, junto con las realizadas por el comité de cuidados paliativos del hospital).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno

10. OBSERVACIONES.

La guía será revisada por la dirección, el servicio de calidad y servicio de medicina interna del hospital.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidados paliativos

Proyecto: 2019_0491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0539 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIRECCION
- LACUEVA PORTOLES PILAR. INFORMatico/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el Hospital de Alcañiz, está liderando y dirigiendo proyectos dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente, siempre basados en la evidencia científica, garantizando la atención y la continuidad de los cuidados, para ello se necesita de la aportación de la enfermera como máximo responsable en la mejora de la salud y bienestar de los pacientes.

El que los profesionales se puedan involucrar en la toma de decisiones de la organización, ha sido de vital importancia para la implantación de manuales de procedimientos, de guías de trabajo, áreas de desarrollo y cartera de servicios. Con todo ello se ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes, se ha disminuido la variabilidad clínica incorporando la evidencia científica actual, además de la reducción de costes.

Pero queremos más, ¿qué necesita actualmente nuestra enfermera en el Hospital de Alcañiz? necesita poder resolver dudas de forma rápida, y tomar decisiones siempre con la mejor evidencia disponible, resolver dudas que se presentan en el quehacer diario, como por ejemplo, cuidados a un paciente que va a ser sometido a diferentes pruebas terapéuticas o diagnósticas. Necesita conseguir una buena comunicación entre profesionales y que se estructure este sistema de información, para así poder gestionar sus cuidados.

Entre los problemas que nos encontramos son, por ejemplo: desconocimiento en el equipo/ materiales, desde las bombas volumétricas de infusión intravenosa, pasando por coagulómetros portátiles o monitores de registro multiparamétrico. También, nos encontramos con falta de instrucciones de cuidados pre pruebas, durante o posterior a todas las pruebas diagnósticas que se hacen tanto en nuestro Hospital, como aquellas que se han derivado a otros hospitales. Además de otras muchas incidencias recibidas, relacionadas con materiales, con transporte sanitario, con derivaciones a otros hospitales, etc..

Intentaremos con este proyecto, dar solución rápida a estos problemas detectados y a los que se presenten durante la implantación del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Solucionar las dudas mas frecuentes del personal de enfermería, mediante procedimientos e instrucciones que faciliten las incidencias más frecuentes.

- Identificar que información clave quiere que se integre dentro de la aplicación informática.
- Lograr adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes.
- Disponer de una herramienta de fácil acceso y actualizada para la práctica diaria enfermera.
- Garantizar la actualización de los conocimientos e incrementar la motivación profesional.
- Establecer una herramienta de comunicación entre profesionales.
- Optimizar los conocimientos específicos de las enfermeras y el adecuado desarrollo de sus funciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un aplicativo dentro de la Intranet, para enfermería. Para ello serán de vital importancia, las reuniones dentro del grupo de hospitalización y continuidad de cuidados, donde se aporten las incidencias más frecuentes.

- Crear un listado con toda aquella información que necesita enfermería para su práctica diaria y que necesita que sea incorporada a la aplicación informática.

- Crear una encuesta de satisfacción dentro de la aplicación, para conocer la opinión de la enfermera sobre esta herramienta de trabajo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de una encuesta de satisfacción, tipo litker.

% de encuestas con incidencias resueltas/ % encuestas presentadas.

Esta encuesta va dirigida al personal de enfermería, en la que se presenten datos sobre la satisfacción de enfermería, en cuanto a la resolución de dudas planteadas y mayormente expresadas y si se han resuelto las mismas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Empezaremos a lo largo del mes de abril, con reuniones mensuales, salvando el periodo vacacional.

Puesta en marcha del proyecto, en modo "formación" en septiembre de 2019. Trabajaremos dos meses en periodo formación y se recogerán todas las recomendaciones de las enfermeras para su puesta en marcha final.

Recopilación de datos a cargar en el aplicativo de enfermería: desde mayo hasta agosto

Se planteará el proyecto final, en noviembre del 2019.

Proyecto: 2019_0539 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CONSULTA DE ANTICOAGULACION ORAL EN UN HOSPITAL COMARCAL. CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAS VILA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se considera importantísimo en todas las guías conseguir un buen nivel de conocimientos de los pacientes anticoagulados como estímulo de la adherencia al tratamiento, además de mejorar la seguridad clínica. Hasta el momento, los pacientes anticoagulados por el Hospital de Alcañiz no han tenido a su disposición este servicio, por lo que se han presentado distintas incidencias a lo largo del tiempo. La introducción del programa de autocontrol en los pacientes anticoagulados en nuestro sector requiere también de un análisis y establecimiento de una estrategia en colaboración con atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir que los pacientes anticoagulados en el hospital reciban educación terapéutica y consigan mejores resultados en el grado de control.

Asesorar y educar a los pacientes y/o familiares que se inician en autocontrol de anticoagulantes orales, para un buen control de su tratamiento.

Crear la consulta de enfermería hospitalaria que preste cuidados enfermeros al paciente anticoagulado.

Prestar cuidados de enfermería a los pacientes que se inician en punción digital.

Prestar cuidados de enfermería a los pacientes que se inician en el programa de autocontrol

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación a las enfermeras de la consulta de hematología en el tratamiento al paciente anticoagulado.
- Consulta de enfermería: se realizará en la consulta de hematología en horario que no interfiera con el del hematólogo.
- Petición de coagulómetros a la casa adjudicataria del concurso.
- Petición a la central de compras, por el aumento en tiras reactivas para la implantación de dicha consulta. (ya solicitadas en el Acuerdo Marco 15/2018).
- Unificar criterios junto con hematología, sobre los pacientes susceptibles de control por parte de enfermería en punción digital.
- Establecimiento de un procedimiento de sector en los pacientes con autocontrol
- Indicadores propios incluidos dentro del contrato de gestión de la Unidad Clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% pacientes formados/ total de pacientes con visita en la consulta de anticoagulación oral.

% pacientes en autocontrol con INR en rango tras educación sanitaria/ %

Número de pacientes con autocontrol

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La puesta en marcha de la consulta monográfica de enfermería, ha comenzado en enero de este año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Se espera que con esta consulta, todos aquellos pacientes susceptibles de control por parte del Servicio de Hematología, sean formados y supervisados por la enfermera de laboratorio/hematología hasta que sean autosuficientes en el control de su tratamiento.

Además podrían beneficiarse de este Servicio, aquellos pacientes que estén fuera de rango de INR en varios controles venosos. Control de este tipo de pacientes, para evitar que puedan aparecer posibles complicaciones y no saber si son debidas a oscilaciones fuera de rango, por un déficit de autocuidados. Con una consulta a enfermería se podrían detectar las causas del "fuera de rango" debidas a una mala adherencia al tratamiento, dieta inadecuada, interacciones farmacológicas...

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CONSULTA DE ANTICOAGULACION ORAL EN UN HOSPITAL COMARCAL. CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca en el hospital de Alcañiz salen de alta sin haber recibido un enfoque educativo específico sobre su enfermedad, sus signos y síntomas de empeoramiento, los factores que pueden descompensarla y los cuidados que deben tener en el domicilio. Recientemente, en el ámbito de SALUD, se ha creado un proceso asistencial en insuficiencia cardiaca con contenidos educativos específicos para enfermería de Atención Primaria. Nuestro objetivo es iniciar la intervención educativa en el hospital para facilitar la transición a Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Iniciar la intervención educativa en insuficiencia cardiaca en los pacientes con ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca en el hospital, proporcionando un plan de cuidados estandarizado de acuerdo al plan de cuidados de insuficiencia cardiaca del Servicio Aragonés de Salud favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Establecimiento de una consulta monográfica de educación sanitaria en insuficiencia cardiaca orientada a los pacientes ingresados en el Hospital con este diagnóstico. Los contenidos de la educación serán los establecidos en el proceso asistencial de insuficiencia cardiaca del SALUD. Los pacientes serán derivados por los facultativos del Hospital durante el ingreso, proporcionando educación básica: en qué consiste la enfermedad, como reconocer los signos y síntomas de empeoramiento y qué hacer, qué factores pueden descompensarla y los cuidados básicos recomendados.

Puntualmente, si algún facultativo considera que un paciente requiere de refuerzo educativo por parte de la consulta, podrá derivarse a un paciente no ingresado, pero no será recitado posteriormente desde la consulta monográfica ya que la continuación deberá corresponder a la consulta de enfermería de atención primaria. Disponemos de una enfermera formada específicamente en insuficiencia cardiaca por lo que se puede poner en marcha con facilidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca que han sido citados en consulta monográfica de enfermería de insuficiencia cardiaca.
% de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los que consta registro de un plan de cuidados estandarizado al alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo: Ubicación de espacio físico. Difusión a cardiología, medicina interna, unidad de cronicidad.
Junio: Comienzo de actividad

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

2. RESPONSABLE EVA MARIA ARNAS LASMARIAS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ALCANIZ
• Localidad ALCANIZ
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALCÁINE CHAURE FERNANDO. MEDICO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS
• ALCARAZ ALBALADEJO FRANCISCA. TCAE. H ALCANIZ. URGENCIAS
• SANCHEZ LATORRE MARIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS
• SABADO SANZ PILAR. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS
• SERRET GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS
• JOSA ANDREU MARIA DOLORES. TCAE. H ALCANIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las urgencias psiquiátricas constituyen hoy en los hospitales generales un motivo de consulta muy frecuente. Esto hace que debamos tener conocimientos y herramientas básicos que permitan el abordaje de las urgencias psiquiátricas. El cuadro psiquiátrico agudo constituye un hecho que requiere una pronta y decisiva atención.

Actualmente, en nuestro servicio de urgencias, carecemos de protocolo común de actuación frente a este tipo de pacientes, ni de las infraestructuras demandadas para atenderlos, para minimizar en la medida de lo posible el daño a sí mismo como a su entorno.

Confirmando que si bien existen, en nuestro servicio, los tipos de contención definidos, no existe guía de actuación y por ello vemos necesaria esta propuesta, que permita coordinar diferentes tipos de contención, así como las actividades de todo el equipo sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Crear un MODUS OPERANDI, un protocolo de actuación común para tratar a este tipo de pacientes.
- Garantizar la seguridad de todas las personas implicadas en la atención
- Medio adecuado, donde atender al paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realización de protocolo estandarizado para la atención del paciente psiquiátrico.
- Distinción según el paciente medidas a tomar:
 - * Medidas de seguridad
 - * Presencia de síntomas somáticos.
 - * Medidas de contención emocional
 - * Medidas de contención mecánica.
 - * Medidas de contención química.
- Conseguir medio adecuado donde pueda ser alojado para valorarlo adecuadamente.
- Coordinar acciones tanto del personal sanitario como no sanitario.
- Formación continuada y adecuada para saber afrontar la atención a estos pacientes y a sus familiares.
- Sujeción mecánica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará un registro, por parte de la enfermera responsable del paciente, cada vez que se lleve a cabo una intervención en urgencias a un paciente psiquiátrico.

Establecer indicadores relevantes, válidos, explícitos, medibles y fiables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Estableceremos un periodo de 6 meses para llevar a cabo dicho proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Formación adecuada y continuada de todo el personal implicado en la atención de éstos pacientes.
- Medio adecuado.
- Dotación de material adecuado para contención mecánica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0228 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VALERO MILIAN JESUS. MEDICO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- GASCO CASTILLO VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- DOMINGO LOPEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Disfunción Eréctil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Protocolo de derivación de pacientes con Disfunción Eréctil para atención primaria.

Reducir la demora en las consultas de urología.

Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.

Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Disfunción Eréctil en el varón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Disfunción Eréctil no complicada y derivación en el resto de los casos.

Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.

Nº de interconsultas virtuales por Disfunción Eréctil.

% de interconsultas virtuales, por Disfunción Eréctil, con demoras mayores de 7 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VALERO MILIAN JESUS. MEDICO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- GASCO CASTILLO VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA
- DOMINGO LOPEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Incontinencia Urinaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Protocolo de derivación de pacientes con Incontinencia Urinaria para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Incontinencia urinaria en la mujer.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Incontinencia urinaria no complicada y derivación en el resto de los casos.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por Incontinencia Urinaria.
% de interconsultas virtuales, por Incontinencia Urinaria, con demoras mayores de 7 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PICOT PARGADA ANA CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PICON GONZALEZ SERGIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• ANGULO BORQUE ANA OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
• LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reposición inmediata del escáner si dejara de funcionar por cualquier motivo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. intervenciones quirúrgicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· LAGUNA SERON CARMEN. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· SABIO ALCUTEN CRISTINA. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· ESPEJO MELLADO CARLOS. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· CAVERO RATERO ENCARNA. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· BERNAL BERNAL DOLORES BEATRIZ. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO
· FUENTES SALVATIERRA CARMEN. TER. CME GRANDE COVIAN. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.
- Exposición del trabajo realizado en cada reunión y valoración conjunta del grupo.
- Validación o modificación si procede.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES:

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo.

Material de papelería.

Archivo en soporte informático.

Impresión final de las fichas en papel plastificado.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas la patología con indicación de realización de radiología simple
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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. ENFERMERO/A. USM ACTUR SUR. PSIQUIATRIA
- GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- GONZALEZ ASENJO HELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- QUETGLAS FERRIOL BERNARDO. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- VALLESPI CANTABRANA ANA. PSICOLOGO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La incorporación de los usuarios y sus familias a la toma de decisiones se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de todas las 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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan más recursos que el espacio físico para las reuniones y las actividades y la impresión del material informativo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN ESPACIO DE ORIENTACION EDUCATIVA Y LABORAL PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

2. RESPONSABLE TERESA ALDEA ALDEA
• Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
• Centro USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOPEZ PARDOS MARIA CARMEN. MAESTRO/A DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA (PT). USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes del hospital de día de salud mental infanto-juvenil Parque Goya son chicos y chicas de edades comprendidas en dos franjas de edad: pequeños de 6 a 12 años y adolescentes de 12 a 17. Pero en la práctica, la mayoría tienen un perfil que se corresponde con el segundo grupo de edad y que cumple una de los siguientes rangos educativos:

- Estudiantes menores de 16 años en etapa educativa obligatoria: cursan ESO o FPB.
- Estudiantes mayores de 16: siguen en ESO o BACHILLERATO, han empezado algún módulo de FP o algún programa de cualificación.

- Pacientes que han dejado los estudios.

Independientemente de que sigan estudiando o no, todos los pacientes han sufrido un deterioro del rendimiento académico debido a la enfermedad mental, ya que en el momento actual presentan alteradas sus capacidades.

Entre los objetivos del hospital de día se recogen:

- Evitar que durante el periodo en que están ingresados en el hospital dejen los estudios
- Y/o que aquellos que ya lo han hecho puedan retomarlos o buscar una salida profesional. Ambos objetivos pretenden disminuir el riesgo de exclusión social que va unido a la enfermedad mental.

Para la consecución de estos objetivos el equipo que atiende el hospital cuenta con un trabajador social, un profesional de terapia ocupacional y un profesor de pedagogía terapéutica. En el espacio de tiempo que llevamos interviniendo con los jóvenes, además del apoyo a los estudios, nos solicitan respuesta a dos necesidades específicas:

- Orientación sobre los diferentes itinerarios académicos que existen y requisitos necesarios.
- Orientación laboral: búsqueda de empleo, perfil profesional, trámites...

En respuesta a estas necesidades detectadas, vamos a crear un espacio en el que los pacientes puedan encontrar información educativa y laboral, consultar dudas, inscribirse a ofertas de trabajo, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población a la que va dirigido este proyecto está formada por adolescentes (12-17 años) pacientes del hospital de día de salud mental infanto-juvenil.

A través del proyecto se pretende conseguir:

- Crear un espacio informativo sobre itinerarios educativos: etapas, formación reglada y no reglada, edades, requisitos, titulaciones, centros donde se imparten las enseñanzas...
- Dar respuesta a las inquietudes de los pacientes y asesorar sobre el perfil profesional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para llevar a cabo el proyecto se realizarán las siguientes acciones:

- Entrevista individual con cada paciente para recopilar información sobre historial escolar, momento actual, necesidades educativas, inquietudes, planes a corto y largo plazo. Se complementará con entrevista familiar.
- Coordinación con los centros educativos para programar la intervención educativa. La realizará el personal docente.
- Creación de un espacio informativo:
 - o Pizarra con organigrama de etapas educativas, programas y fechas importantes, normativa y convocatorias...
 - o Ordenador para consultas on-line: web educativas, INAEM, páginas de búsqueda de empleo...
- Utilización de pequeños momentos, durante los tiempos de trabajo escolar que forman parte del programa del hospital, para avisar de los nuevos materiales que se van a colocar en el tablero informativo, así como para dar una breve explicación y aclarar dudas.
- Asesoramiento por parte de los profesionales ante las preguntas puntuales de los chicos y chicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES.

- Creación del espacio.
- Materiales puestos a disposición de los pacientes.
- Uso por parte de los pacientes del espacio creado.

EVALUACION:

- Cuantificación de recursos que forman parte del espacio informativo.
- Consulta por parte de los pacientes de este espacio (valoración cuantitativa).
- Opinión y grado de satisfacción respecto al espacio creado por parte de los usuarios y del equipo del Hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La recogida de información socio-educativa inicial la realiza la trabajadora social en las primeras semanas de valoración inicial, de este modo se empezaron a realizar en el mes de febrero cuando entraron los primeros

Proyecto: 2019_1036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN ESPACIO DE ORIENTACION EDUCATIVA Y LABORAL PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

pacientes.

Las entrevistas individuales iniciales del área educativa se han comenzado a realizar a partir de la segunda quincena de marzo a todos los pacientes del hospital (momento en que se incorporó la profesora de pedagogía terapéutica, en los nuevos ingresos se realizan dentro de las tres primeras semanas (periodo de valoración inicial de los diferentes profesionales que intervienen).

La creación del espacio se realizará entre los meses de abril a junio.

El asesoramiento académico y laboral se lleva a cabo a lo largo del periodo de hospitalización de los pacientes, que está establecido en aproximadamente tres meses.

Los responsables de la implantación serán el coordinador del proyecto, trabajador social del hospital de día, y el responsable del área educativa, especialista en pedagogía terapéutica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Tablero informativo.
- Ordenador con acceso a internet.
- Tiempo empleado por el equipo para la preparación del material.

10. OBSERVACIONES.

La implantación del espacio informativo sobre orientación académica y laboral se va a realizar en este momento y en un futuro se irán actualizando los materiales.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ POBLETE CAROLINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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".

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

Proyecto: 2019_1487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

EVALUACIÓN

Se realizará mediante una hoja de auto-registro semanal individualizada.
Al final del proyecto se hará una valoración del progreso y resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Almuerzo: oficina, espacio comunitario de almuerzo. Ya disponible desde el 1º día de apertura del hospital.
- Taller de alimentación saludable mensual: material educativo y didáctico, posters, debates y fomento del pensamiento crítico, material multimedia.
- Aportación de alimentos por parte de los pacientes / familias y profesionales.

10. 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.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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.

· RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ABAD HERNANDEZ DAVID. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CAMPOS MONICA. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Octubre 2018: Creación de blog.
- Octubre 2018 - Marzo 2019: Perfeccionamiento del blog.
- Febrero 2019: Presentación a la dirección del Sector para su aprobación.

Proyecto: 2019_0566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

- 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.
- 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Nuevo Ordenador en Admisión para Farmacias de Guardia.
- Carteles a color para promoción de página web.
- Trípticos informativos de inicio de promoción.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda la población de zona de salud
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS

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.
· SANZ CASORRAN BELEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ASCASO IGNACIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REINAO CEGOÑINO HECTOR. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VILLUENDAS SOLSONA CARLOS. CELADOR/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ARENAZ DANIEL. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo del proceso según el siguiente cronograma previsto:

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tu respuesta

Personales:

3 Profesionales sanitarios por sesión (al menos)

Materiales:

Ordenador

Proyector

2 Muñecos RCP (al menos)

Colchonetas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

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. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ACTUR NORTE. TRABAJO SOCIAL
· RODRIGO PABLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

Proyecto: 2019_1042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

-Nº de sanitarios que acceden a participar en el proyecto x 100 / nº sanitarios.

- Nº de centros de salud que acceden a participar en la recomendación de los talleres realizados en Actur Norte/ nº de centros de salud visitados para la difusión de los talleres.

- Nº de pacientes de otras áreas de salud que acuden al Actur Norte para la realización de los talleres/ nº de pacientes derivados al centro desde otros centros de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Precisaremos la colaboración del equipo para recomendar los activos seleccionados en el Centro de Salud, medios informáticos para su difusión tanto en nuestro centro como en los demás centros interesados donde difundamos los dos activos que se desarrollan en nuestro centro.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Activos de salud

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

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.
• SAURA CAMPOS ASCENSION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• LOZANO ENGUITA ELOISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• ABAD HERNANDEZ DAVID. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• DE PEDRO PICAZO BELEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• FERRER CAMEO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• DELER PASCUAL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICINA, RECURSOS INFORMATICOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PCC MULTIMORBILIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGO PABLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FERRER CAMEO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CLARACO MARIEL SILVIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Listado de pacientes que se les envió carta y fueron devueltas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_1084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Proyecto: 2019_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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.
· MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ABAD HERNANDEZ DAVID. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SALAS SIMON AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANZ CASORRAN BELEN. EIR. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REINAO CEGOÑINO HECTOR. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DELER PASCUAL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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)

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%)

Proyecto: 2019_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos:

1 enfermero referente en el CS con formación específica

5 enfermeros

1 EIR de EFyC

1 Aux. Administrativo

Recursos materiales:

Sala de usos múltiples

Ordenador y proyector

Material para la presentación de las sesiones formativas sobre DMT2 elaborado por el SALUD

Material didáctico de apoyo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE 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. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DE PEDRO PICAZO BELEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DELER PASCUAL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1441 (Acuerdos de Gestión)**

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

- 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: enfermería y administrativos de C.S. Actur Norte

Recursos materiales:

- Aparatos para autocontrol TAO y tiras.
- Material audiovisual
- Libretas de autocontrol
- Guía del Paciente Anticoagulado (Departamento Salud y Consumo Gobierno de Aragón)
- Material informático: ordenador, cañón de proyección; altavoces, ...

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso racional del medicamento

Proyecto: 2019_0298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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.
· REYERO BLANCO ELVIRA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANDRES PIÑOL DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERNANDEZ PASCUAL MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PINILLA GALLEGO MARIA PAZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de avisos por cupos según datos del OMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes patologías crónicas.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0717 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

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. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MELUS PALAZON ELENA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO ALEMANY CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0717 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Para llevarlo a cabo se contará con los recursos Humanos del centro de salud (médicos, enfermeras, trabajador social). No se precisan recursos materiales fuera de los que tenemos ya incorporados en el centro: Sala de reuniones del centro, material de difusión para las consultas..etc...

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Desmedicalización. Prevención de los problemas relacionados con la senilidad y promoción del envejecimiento saludable. Aislamiento Social. Condicionantes de vida. Educación Sanitaria

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0959 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN? Y ALIMENTACION REALFOODING

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. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DE LA ALDEA GASULL CRISTINA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
*Se realizarán sesiones en el Centro Cívico Municipal de Servicios del Actur (c/ Alberto Duce n2), periódicas con población del barrio.
*Talleres de valoración de alimentación y lectura de etiquetado de productos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Test de conocimientos pre y post intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos sesiones en 1º y 2º semestre.

9. RECURSOS NECESARIOS.
*Aula del Centro Cívico de Servicios del Actur.
*Proyector.
*Pizarra.
*Alimentos comunes para poder valorar los etiquetados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

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. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• TORNOS SIMON TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• GARCIA CASTELLANOS TERESA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• ANDRES ZALLO LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• LORENTE RIVEROLA JUAN. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• MILLAN TARATIEL MARIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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% 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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".

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de Centros escolares participantes y registro de participantes en la jornada formativa.
2. * Indicadores de estructura:

Proyecto: 2019_1448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador personal y material formativo en internet
Material disponible en los Centros de Salud que se llevará al centro escolar, para explicar el uso de inhaladores con y sin cámara, presurizados y polvo seco

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0580 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCION DE LA TASA DE INCOPIRENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

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. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR OESTE. FISIOTERAPIA EN AP
· ANDRES PELEGRIN SARA. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR OESTE. FISIOTERAPIA EN AP
· LAHUERTA JARQUE MARIA AMPARO. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. FISIOTERAPIA EN AP
· CASAS MORAGA MARIA LUISA. FISIOTERAPEUTA. CS PARQUE GOYA. FISIOTERAPIA EN AP
· ALEBESQUE CORTES SILVIA. FISIOTERAPEUTA. CS PARQUE GOYA. FISIOTERAPIA EN AP
· ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del servicio informático y de las unidades de admisión de los centros.
Fotocopiadora.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

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. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS ACTUR OESTE. SALUD BUCODENTAL
· BERNAL CARRION EVA MARIA. HIGIENISTA DENTAL. CS ACTUR SUR. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 MESES (DE ENERO A DICIEMBRE) PRORROGABLE

9. RECURSOS NECESARIOS.
FOLLETO EXPLICATIVO, DIPLOMAS Y MATERIAL DEL GABINETE DENTAL (SONDAS, ESPEJOS, CUBETAS DE FLÚOR, FLÚOR TÓPICO, VASOS, SEVILLETAS...)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD BUCODENTAL
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0809 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES Y LACTANTES

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. HIGIENISTA DENTAL. CS ACTUR OESTE. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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 PARTICIPE A LAS MADRES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 MESES PRORROGABLE

9. RECURSOS NECESARIOS.
ORDENADOR. TRÍPTICOS INFORMATIVOS. SONDAS. ESPEJOS. CUBETAS. FLÚOR. OTROS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Lactantes
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD BUCODENTAL
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0924 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS (1441)

2. RESPONSABLE EVA MARIA 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. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PASCUAL PELEGRINA LAURA. MATRONA. CS ACTUR SUR. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· BERLANGA MUÑOZ CONCEPCION. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS ACTUR SUR. SALUD BUCODENTAL
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. PEDIATRA. CS ACTUR SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR. PEDIATRA. CS ACTUR SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MARZO GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· AVILA ESTEBAN MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se establece de noviembre de 2018 a diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

CUBETAS DE FLUOR Y FLUOR TOPICO

10. OBSERVACIONES.

Las revisiones y aplicaciones de flúor las realizarán tanto el dentista como la higienista

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0924 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS (1441)

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

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. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- BERNAD MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 dónde se recogerá la información fundamental para la integración del personal en el nuevo puesto de trabajo y en el entorno laboral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recopilación de información personal y laboral de los miembros del actual EAP.

Recopilación y revisión de la organización y estructura del Centro de Salud, tanto de la sede principal como de los consultorios locales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. GESTIÓN DE RRHH
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS : PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

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. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO SALVADOR RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR FLORDELIS PAULA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO SELLES TERESA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

El Material necesario es el que habitualmente disponemos en la consulta, balanza, tallímetro, cinta métrica, aprovechando la ocasión de la revisión programada de 12 años para la captación, y la misma intervención en la 2º consulta a los 6 meses, para la que ya se les dará cita.
Acabado el plazo de un año, se hará el análisis comparativo de los resultados y si estos son positivos, comenzaremos a plantear el proyecto divulgativo-informativo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS : PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0782 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

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. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BERNAD MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SERRANO EVA MARIA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BELLOD FERNANDEZ ALFREDO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· CUCALON ARENAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· ASARTA SANCHEZ FORTUN MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace 1-2 años se está implantando progresivamente en atención primaria la interconsulta virtual. Este programa de calidad intenta evaluar su impacto cualitativamente (satisfacción) y cuantitativamente desde el ámbito de un centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este nuevo modelo de relación atención primaria-especializada tiene aspectos a favor y en contra. Para los pacientes les ahorra desplazamientos y evita derivaciones inadecuadas. El médico de familia no se desliga del paciente y puede solicitar pruebas complementarias, o anular la interconsulta si la situación del paciente ha cambiado. Atención especializada puede gestionar sus citas, así como incorporar peticiones a atención primaria. Por último hay una mejora en la comunicación bidireccional, la interconsulta virtual siempre es contestada y nos llega a nosotros. Como aspectos en contra, es una mayor carga de trabajo en atención primaria. Son entre 20-25 especialidades que el médico 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 población 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 atención".

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dentro del equipo de atención primaria unificar la forma de integrar la interconsulta virtual en nuestro trabajo diario. Cuantificar el % de interconsulta virtual. Impresión subjetiva de los médicos que trabajan en el centro de salud. Resolución de la interconsulta, bien mediante cita del paciente o por resolución telemática. Plantear mejoras: adjuntar fotografías, electrocardiograma, posibilidad de foro semanal-chat, que permita pregunta--respuesta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% interconsultas virtuales
% consultas solucionadas (citada o resuelta)
% interconsultas virtuales que son citadas
% contestaciones en 7 o menos días.
Impresión subjetiva desde los profesionales de atención primaria: encuestas de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primera sesión 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Implicación de los médicos del equipo de atención primaria, así como de gerencia de área 1 para extraer el % de interconsultas, así como su % de contestación en 7 d,

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUALQUIER PATOLOGÍA O ALTERACIÓN
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_1370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN (II)

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.

- CABRERO CABORNERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- BLASCO SELLES TERESA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MURILLO SALVADOR RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitaria. Con la nueva ley de la DGA de la implementación del DESA en Aragón, la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso. Se realiza este proyecto como continuación del anterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a alumnados de 6º Primaria y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín. Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza con muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realiza un test con 5 preguntas previo y post a la actividad a los grupos antes mencionados.

Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.

Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 entre 6 - 8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.

Al terminar, se realizará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.

1ª sesión con alumnos de 6ª primaria: Mayo 2019.

2ª sesión con claustro de profesores: Junio 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: profesionales del centro de salud de Alfajarín (1 médico y 3 enfermeras)

Recursos materiales: Soporte informático y medios audiovisuales, materiales para la práctica (muñecos, DESA...)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención y Educación Sanitaria.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• ASENSIO MILLAN MARIA FERNANDA. TCAE. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• JULIAN ARANDA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• LATAPIA VILLARTE CARMEN. CELADOR/A. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• MORENO BENITO PABLO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• ALDANA TORNOS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
• GONZALEZ QUINTAS MARIAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Detectar carpetas mal etiquetadas, usuarios que ya no estan en nuestro Centro, Usuarios que han fallecido, que ya no estan en BDU, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Archivo colapsado, necesidad de optimizar espacio para nuevas carpetas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador de Evaluación: realizar un 20% =4.000 / 20.000

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abordar la revisión de unas 4.000 carpetas de historias, durante los meses de verano, en el años 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1021 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JULIAN ARANDA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MORENO BENITO PABLO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GASCON RICARTE ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GONZALEZ QUINTAS MARIAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BENITO CORNAGO MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LATAPIA VILLARTE CARMEN. CELADOR/A. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Registro, petición y tramitación de Transporte en Ambulancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Registrar la petición de transporte en ambulancia, hacer seguimiento del Anexo y su tramitación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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".

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de Evaluación : Controlar 100% de Ambulancias a tramitar por el Centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se evaluará de Enero a diciembre de 2019. total de ambulancias registradas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0922 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PERDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

2. RESPONSABLE MARTA DOMINGUEZ GARCIA
• Profesión MIR
• Centro CS ARRABAL
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MAGALLON BOTAYA ROSA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
• VERA COLAS MARINA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
• LOREN BLAS SILVIA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

Proyecto: 2019_0922 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PERDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

MFyC y diplomada en nutrición y dietética. Las sesiones formativas sobre mindfuleating 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN MANIOBRAS DE ATENCION A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES. OVACE Y RCP

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. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- ALDANA TORNOS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
- BELLIDO MORENO DANIEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Educación en forma de sesiones prácticas con muñecos, tanto en colegios, como guarderías y en el propio centro de salud. Explicando la teoría (presentación con diapositivas y videos) y poniéndola en práctica con los asistentes. Duración aproximada de cada sesión educativa 2 horas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de satisfacción de los asistentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realizar al menos 4 sesiones cada semestre.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesita :Ordenador, cañón y muñecos. el ordenador del centro está roto, el cañón funciona. Se necesitaría un nuevo ordenador (para esto y para todas las otras sesiones del centro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1099 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION EFECTIVA EN LA EMERGENCIA VITAL

2. RESPONSABLE SARA ANDRES CASTRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOLINA LORENTE TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En todos los centro de salud del sector sería recomendable revisar y actualizar las instrucciones y procedimientos para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del maletín de urgencias y del carro de paradas (Urgencia Vital); ésto a raíz de las últimas recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC) y el Consejo Español de RCP.
De igual forma, sería necesario redactar y consensuar un protocolo de actuación con los pasos a seguir en una Emergencia Vital, difundiendo y llevando a cabo simulacros con los profesionales del equipo de atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Capacitar a los profesionales del Equipo de Atención Primaria del Arrabal para Actuar ante una Emergencia Vital. Protocolizar la organización y actuación de los profesionales del Equipo de Atención Primaria ante la Emergencia Vital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un Protocolo/Redacción de instrucciones de actuación ante la Emergencia Vital mediante bibliografía actualizada y con evidencia científica, asesoramiento de profesionales en la Urgencia/Emergencia y otros profesionales.
Actividades de difusión, formación y entrenamiento mediante sesiones y simulaciones a todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria.
Evaluar la competencia adquirida por los profesionales tras el periodo de formación/actualización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Elaborar un Protocolo de actuación ante la Emergencia Vital
Indicador 2: Talleres/ Sesiones de entrenamiento, difusión y formación en el centro de salud para los profesionales
Indicador 3: Evaluación teórica mediante encuesta de respuesta múltiple
Indicador 4: Evaluación de las competencias adquiridas mediante simulacro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaborar un Protocolo de actuación ante la Emergencia Vital - 3er trimestre 2019 (Septiembre)
Talleres/ Sesiones de entrenamiento, difusión y formación en el centro de salud para los profesionales - 3er trimestre 2019 (Septiembre- Octubre)
Evaluación teórica mediante encuesta de respuesta múltiple - 3er trimestre 2019 (Diciembre)
Evaluación de las competencias adquiridas mediante simulacro - 3er trimestre 2019 (Diciembre)

9. RECURSOS NECESARIOS.
Espacio físico para los talleres/sesiones en el C.S.Arrabal (3ª planta del centro).
Material de Urgencias/Emergencias incluidos los maniquies para los talleres /sesiones.
Recursos Bibliográficos actualizados y de constatada evidencia científica para la elaboración del protocolo (Internet), junto con asesoramiento científico de profesionales de la Urgencias y Emergencia.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías con riesgo vital inmediato. Emergencias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- DUESO LACORT NIEVES. LIMPIADOR/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- LEAL GARCIA ENCARNA. LIMPIADOR/A. CS ARRABAL. LIMPIEZA/LAVANDERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 simplemente 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 sentían 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 bebés 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 través del blog osinteresa.com.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1º Dar a conocer el método 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 máximo 12 bebés 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.

2º Un 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1º Realizar la actividad en la frecuencia programada.

1ª Número de padres que acuden a los talleres.

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

Proyecto: 2019_1147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, proyector o T.V., presentaciones de power point, fotocopias con información pertinente. Pizarra, Alimentos en presentación adecuada, platos y vasos de plástico

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. MALNUTRICIÓN, OBESIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1016 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RETO: "COMER CON SENTIDO, ALIMENTACION CONSCIENTE"

2. RESPONSABLE MARIA LUISA 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.

- MONRREAL ALIAGA ISABEL. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- LARRAGA MIGUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
- CHECA DIEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ARRABAL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Estamos acostumbrados a abordar el problema de sobrepeso únicamente desde el punto de vista físico, y hay otros muchos condicionantes que determinan el éxito o el fracaso de nuestro plan.

Aparece en nuestro centro Natalia Barrachina Used, Licenciada en Ciencia y Tecnología de los alimentos, y Técnica superior en Dietética, vecina de nuestro barrio y usuaria de nuestro centro de salud y nos propone hacer un trabajo en grupo de forma voluntaria. Se sigue con el trabajo grupal en el centro de salud Taller de Emociones y habilidades para la Vida y les proponemos aprender a comer de forma saludable a través de EL RETO "COMER CON SENTIDO".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adquirir conocimientos, herramientas, la motivación y el apoyo emocional que necesitas para iniciar el proceso de cambio hacia otro tipo de alimentación que te permita alcanzar tu peso saludable y mantenerlo en el tiempo; a través de un proceso de alimentación consciente; con el apoyo y la motivación que brinda el grupo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Consta de 8 sesiones grupales de dos horas cada una, se lleva a cabo de forma semanal a lo largo de dos meses, además de una primera entrevista personal y una tutoría a lo largo de las 8 semanas que dura el proyecto. realizamos la sesión semanal en la Sala de usos múltiples y hacemos las fotocopias del dossier que nos entrega en el centro de salud.

Cada participante se compromete a acudir todas las sesiones y a firmar su contrato con el deseo que quiere alcanzar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de participantes en el grupo son 15, se medirá número de participantes por sesión, compromiso de acudir a las sesiones y si cada una de las participantes ha llegado a su objetivo deseado, su contrato.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se comienza el día 22 de marzo, presentación y se terminará el miércoles 22 de mayo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Fotocopias y sala.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

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. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ MARCOS JAVIER. MIR. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· HUERTAS HARGUINDEY ANA PILAR. MIR. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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.

Proyecto: 2019_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una consulta (espacio físico) dotada con un ordenador.

1 cooxímetro

Boquillas para el cooxímetro

10. 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 consultas), 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.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

2. RESPONSABLE 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. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• CATALAN CANTERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• LABADIA NAVARRO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• CASAÑAL SOLANAS ISABEL. TCAE. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• AZNAR GOMEZ LAURA. TCAE. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1º Elaboración de documento con la dotación para atención urgente del EAP La Jota y procedimiento de atención urgente del EAP 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

Proyecto: 2019_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 checklists 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 2 carros de paradas.
- Petitorio de medicación y material
- Checklist de revisión de carro y sala de urgencias.

10. 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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1022 (Acuerdos de Gestión)**1. TÍTULO****COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES****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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CONSULTAS EXTERNAS
- BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- MENE LOMBARDO LUCIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- MONTESINOS ESCARTIN TAMARA. EIR. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos materiales necesarios serán los existentes en el centro de salud (sala de reuniones, equipo informático, proyector, impresora) y los ofrecidos por el centro socio-laboral (sala, equipo informático, proyector).

10. OBSERVACIONES.**10. ENFOQUE PRINCIPAL.**

Proyecto: 2019_1022 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0581 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

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.

- PLAZA ARA IGNACIO DIAZ. FISIOTERAPEUTA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). FISIOTERAPIA EN AP
- HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER. FISIOTERAPEUTA. CS ZUERA. FISIOTERAPIA EN AP
- SANCHEZ GARCIA MARIA EVA. FISIOTERAPEUTA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). FISIOTERAPIA EN AP
- DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL. FISIOTERAPEUTA. CS SANTA ISABEL. FISIOTERAPIA EN AP
- CASCANTE MARTINEZ ALICIA. FISIOTERAPEUTA. CS ZALFONADA (PICARRAL). FISIOTERAPIA EN AP
- LOPEZ LAPEÑA ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS ZALFONADA (PICARRAL). FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del servicio informático y de las unidades de admisión de los centros.
Fotocopiadora.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0586 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARA PACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

2. RESPONSABLE MARIA SUSANA LAFUENTE PARDOS
· Profesión MATRONA
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUQUE CARRO RAQUEL. MATRONA. CS ALFAJARIN. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· SEBASTIAN SANZ ASUNCION. MATRONA. CS SANTA ISABEL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· GIMENEZ ALCANTAR BLANCA. MATRONA. CS ACTUR NORTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CHECA DIEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ARRABAL. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· AZUARA LAGUIA MARIA JOSE. MATRONA. CS ZALFONADA (PICARRAL). OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· SANTARELLI FRANCESCA. MATRONA. CS ALFAJARIN. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CANTERO ALICIA. MATRONA. CS PARQUE GOYA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con la pauta de ejercicios vía telemática se espera mejorar la clínica miccional de las pacientes puerperas del sector Zaragoza I.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesita el trabajo activo de las matronas que participan en el proyecto, que dedicarían un tiempo semanal durante los dos primeros meses para reunirse y, posteriormente, mensual de todas las matronas del sector., Se aprovecharían las reuniones ya planificadas en el calendario norma.

Se utilizaría como recurso online la plataforma Google y sus aplicaciones de una cuenta de correo de gmail: Docs, Calendar, Cites y Groups.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE ERUPCIÓN DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

2. RESPONSABLE MIGUEL SALILLAS GRACIA
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MORENO MARIA LUZ. HIGIENISTA DENTAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
No se precisan

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Contactar con las embarazadas a través de las Matronas en fechas de reunión colectiva con las mujeres embarazadas.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ordenador para powerPóint y sala para albergar a las mujeres embarazadas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cuidados en pediatría

Proyecto: 2019_0708 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALOZ

2. RESPONSABLE MARIA ARANTZAZU 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. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AMORES GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· BATISTA GUTIERREZ SILVIA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABAD ROYO MERCEDES. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· OCHOA ZARZUELA DIEGO. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JARIOD FANDOS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 primovacuna en casos detectados de vacunación incompleta.
Establecer la cobertura de vacunación al finalizar el proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 primovacuna.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cobertura de vacunación antitetánica previa al estudio.

Cobertura de vacunación al finalizar el estudio.

Cuestionario sobre el motivo de la incorrecta vacunación.

Proyecto: 2019_0708 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

La vacunación se realizará en la consulta de enfermería del consultorio correspondiente.

Previsión de número de dosis suficientes de vacuna Td.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_1514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

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 MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO AYETE MARIA TERESA. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades se relaizarán 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes que elaboran su lista de medicación correctamente.
Número de revisiones de paciente polimedicaado 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.
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.

Proyecto: 2019_1514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala multiusos.
Proyector.
Pictogramas adhesivos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. General
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0516 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

2. RESPONSABLE GRACIA MARIA LOU FRANCES

- 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. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA
- GOMEZ GIL PILAR. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA
- PUEYO LAFUENTE VALENTINA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA
- SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA
- PEREZ RAPELA ROSALIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA
- GRASA CALDEVILLA SOFIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- OSES SORIA AMALIA. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se desconoce el porcentaje de prediabetes (intolerancia a la glucosa, glucemia basal alterada o ambas) existente en la población infantil. Puesto que la detección precoz de la prediabetes puede facilitar el tratamiento precoz, disminución de complicaciones en la Diabetes Mellitus tipo 1, así como la puesta en marcha de medidas terapéuticas que eviten su progresión a Diabetes tipo 2 (DM-2). Consideramos que las estrategias de prevención en las consultas de atención primaria son primordiales por la cercanía con la población en cuestión y con su entorno, y continuidad del seguimiento. La iniciativa de poner carteles recordando o dando a conocer los síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) en centro de salud, colegios, institutos, y entidades locales junto con dar charlas en dichos centros, además de la determinación de la glucemia basal en pacientes de riesgo, permitirían detectar los pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad. En cuanto a la DM-2, la intervención sobre los estilos de vida ya en el momento de prediabetes puede reducir la progresión a diabetes o hacer retroceder un estado prediabético a la normalidad y es una intervención coste-efectiva por la disminución también en los factores de riesgo cardiovascular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Optimizar el diagnóstico precoz de Diabetes, ya sea tipo 1 o la DM-2, mediante la búsqueda y el mayor conocimiento de prediabetes entre nuestra población infantil.
2. Promover la comunicación y colaboración entre el Centro de Atención Primaria y los centros de atención infanto-juvenil de su entorno
3. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la prediabetes supone sobre la salud en pacientes pediátricos pensada como factor de riesgo futuro.
4. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes, familiares, educadores y los profesionales tras su implantación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un registro trimestral de los pacientes incluidos en el Protocolo (pacientes con sobrepeso P>90 IMC).
- Presentación del Proyecto en C.S. Parque Goya para todo el Equipo de Atención Primaria y realización de sesiones en centros del entorno.
- Elaboración de protocolo relacionados con la Atención al Paciente con PREDIABETES.
- Las evaluaciones se realizarán de forma trimestral para detectar problemas y analizar sus resultados al año.
- Hacia final de este año 2019 presentaremos resultados y Memoria Final.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Presentación del proyecto en un día dedicado a Docencia en nuestro Centro de Salud. (SI/NO)
Definición de los criterios que se consideren necesarios para definir el estado de prediabetes en población infantil. (SI/NO)
Elaboración de carteles/dípticos para poner en centro de Salud, centros docentes y del entorno para dar a conocer la DM-1. (SI/NO)
Evaluación de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes/familiares y educadores relacionados. (SI/NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De abril a diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

VALORACIÓN DE OTROS APARTADOS.
- ES POSIBLE RETROCEDER DE UN ESTADO PREDIABÉTICO A LOS VALORES NORMALES DE GLUCOSA EN SANGRE MEDIANTE EL CRIBADO OPORTUNISTA EN GRUPOS DE RIESGO.
- PUEDE CONTRIBUIR A DETECTAR CASOS DE PREDIABETES Y A PREVENIR LA DM2 Y PROBABLEMENTE SUS COMPLICACIONES CRÓNICAS.
- LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ CON CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA PUEDE PREVENIR LA APARICIÓN DE DM2.
- MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS.

Proyecto: 2019_0516 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0584 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS

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.
• ARTIGA CASTEL ENCARNA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• BECANA SANJUAN MARINA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA MARTINEZ OLIVIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• IBAÑEZ FLETA EVA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• LEZCANO URIEL JUDITH. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• ROSALIA PEREZ RAPELA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• SISAMON VALDRES CARMEN. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar los registros de OMI-AP
Monitorizar los Resultados del Protocolo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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 "ítem" 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 "ítem" 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Mejorar los Resultados de la Implementación del Protocolo y la Atención al paciente Crónico Complejo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De marzo a diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Listados actualizados de los pacientes en abril y noviembre

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0584 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes Pluripatológicos

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES ...Y UNOS PASOS MAS

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. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PUYOD ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GRASA CALDEVILLA SOFIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· LOU FRANCES GRACIA MARIA. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ALEBESQUE CORTES SILVIA. FISIOTERAPEUTA. CS PARQUE GOYA. FISIOTERAPIA EN AP
· MAZA SOLANAS MARIA PILAR. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· CASAS MORAGA MARIA LUISA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Planificación: marzo 2019
Talleres: 2º y 4º trimestre 2019
Evaluación: junio y diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0983 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

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. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• LOU FRANCES GRACIA MARIA. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• PUEYO LAFUENTE VALENTINA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• MAZA SOLANAS MARIA PILAR. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
• RIBOTE CALVO JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. SUMINISTROS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De junio a diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INDEFENSIÓN EN EL AMBIENTE SANITARIO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1156 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

2. RESPONSABLE MARIA ASUNCION FILLAT CEBOLLERO

- Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
- Centro CS PARQUE GOYA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). TRABAJO SOCIAL
- FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ACTUR SUR. TRABAJO SOCIAL
- OLLOBARREN HUARTE EMILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ZALFONADA (PICARRAL). TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tenemos constancia de la falta de información de la población en general sobre este importante documento de Voluntades Anticipadas. Sin embargo, consideramos que éste puede ayudar en la toma de decisiones en momentos críticos tanto al paciente como a la familia y/o a los profesionales sanitarios que le atiendan. Desde la Consulta de Trabajo Social Sanitario de los Centros de Salud valoramos que es un lugar idóneo para informar y tratar los distintos aspectos que pueden incluirse en este tema, al mismo tiempo que facilitar la gestión de los distintos documentos necesarios, a la Unidad de Registro correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Dar a conocer el documento de Voluntades Anticipadas a usuarios, comunidad y profesionales
- Informar del significado y proceso
- Colaborar en normalizar y extender su utilización
- Ofrecer posibilidad y de aclarar dudas
- Abrir cauces de expresión individual y familiar en situaciones con alta carga emocional
- Apoyar a aquellos pacientes con especiales dificultades para acceder a realizar el documento y su tramitación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- A nivel individual: .
- información a demanda del paciente
- captación en consulta
- A nivel de Equipo de Atención Primaria :
- Sesión clínica informativa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número total de pacientes informados
- Número total de paciente informados con situación de vulnerabilidad
- Número total de pacientes informados captados activamente en consulta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Se prevee iniciar la actividad finales del mes de abril 2019 y evaluación finales 2019
- Abril 2019 : inicio del grupo y consenso de documentación y proceso
- Septiembre 2019 Ev aluación del proceso hasta ese momento
- Diciembre 2019 evaluación y resultado final

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Profesionales-
- cartelería y documentos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1345 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CS SANTA ISABEL

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. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- MIGUEL MENDEZ MANUELA. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
- TORRES FERNANDEZ ANGELES. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 más de 20.000 pacientes, por lo que este tipo de recursos resolverían, en parte, problemas de demora en las interconsultas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El calendario de inicio dependerá del comienzo de la Formación efectuada desde la Dirección de AP

9. RECURSOS NECESARIOS.

Formación y Dermatoscopio

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0996 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

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. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO MARTIN NATIVIDAD. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MAS MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ONRUBIA HERRANZ RICARDO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ELVIRO BODOY TIRSO. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0996 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Carro homologado de parada cardiorespiratoria

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención continuada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

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. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
- ONRUBIA HERRANZ RICARDO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
- ASENSIO CASORRAN CONCHITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
- LACAMBRA DEITO PILUCA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
- FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
- IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. ADMISION Y DOCUMENTACION
- MARZAL GALINDO MARISOL. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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 Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 mismos.

- Reunión inicial con priorización de actividades.
- Mejora registro actividades propias del registro del dm 2.
- 3 Sesiones periódicas de actualizaciones en dm2.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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,

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Historia clinica OMI ap
- CUADRO DE MANDOS PROCESO DM 2 OMI AP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0494 (Acuerdos de Gestión)**

PROYECTO DE MEJORA DE LA DETECCION DEL EPOC ENTRE LOS FUMADORES

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. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ALONSO SENDROS MARTA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El principal factor etiológico de la EPOC es el consumo de tabaco y el riesgo de enfermedad aumenta de forma proporcional a los años y la intensidad del consumo. Como consecuencia lógica, la prevención y el tratamiento del hábito tabáquico es el principal factor de prevención de la EPOC. Una de las principales actividades de nuestro programa de prevención del adulto, tanto por su importancia como factor de riesgo cardiovascular como de enfermedad respiratoria crónica, es la detección del hábito tabáquico y secundariamente la realización de la espirometría se confirme riesgo de EPOC.

Nuestro objetivo en este proyecto de calidad es detectar aquellos fumadores con riesgo de EPOC, mediante la realización de espirometría en aquellos que tengan índice tabáquico (número de cajetillas consumidas diariamente X número de años de consumo de tabaco) superior a 10.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la detección de los pacientes con EPOC entre los fumadores de nuestro centro de salud mediante la realización de una prueba objetiva como es la espirometría.

Mejorar el registro y el manejo del paciente fumador

Concienciar al paciente de su responsabilidad en la aparición de la enfermedad

Ayudar a los pacientes a dejar de fumar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Selección de los integrantes del equipo de mejora

2.- Solicitar listados de pacientes fumadores, separados por cupos

3.- Revisar los fumadores a los que no se les haya realizado espirometría y solicitarla cuando el índice tabáquico sea superior a 10

4.- La misma actuación de forma oportunista tanto en consulta médica como de enfermería

5.- Consejo antitabaco y Detección de pacientes que cumplan criterio de EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto

Número de pacientes fumadores en enero 2019, detectados en listado.

Número de pacientes fumadores en diciembre 2019

Consejo antitabaco a lo largo de 2019

Número de pacientes EPOC (R95) en enero 2019 en listado.

Número de pacientes EPOC (R95) en diciembre 2019

Número de espirometrías realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

- Reunión del grupo de calidad : febrero 2019

- Solicitud y recepción de los listados: febrero 2019

- Revisión oportunista en consulta o sistemática en los listados, de los fumadores sin espirometría: a lo largo de todo 2019.

- Consejo antitabaco registro de EPOC detectados a lo largo del año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos humanos y materiales del Centro de Salud

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA DETECCION DEL EPO C ENTRE LOS FUMADORES

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0613 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVALIDA EN SALUD

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO ALVAREZ ARTAL
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FORCEN BELTRAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• CABREJAS LALMOLDA ANA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• TIERZ PUYUELO MANUEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• PEÑA PORTA MARTA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• CHAPARRO NAVARRO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras realizar un proyecto en la escuela el año pasado pudimos comprobar que los niños pasan al Instituto sin los conocimientos básicos en primeros auxilios, y conceptos tan sencillos como el número de emergencias no era conocido por más del 50% de los niños. Es por eso que en el centro se creó una corriente de trabajo que se vio reforzada por las encuestas de satisfacción y los docentes en el que se pretende analizar los conocimientos de salud en niños que van a pasar a otra etapa educativa y formar en conceptos básicos para ellos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Aportar información sanitaria, aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones de primeros auxilios .

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 .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1ª intervención: se realizará una reunión de equipo explicando nuestro programa
2ª intervención: contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros escolares y posterior solicitud de autorización al consejo escolar.
3º Encuesta de conocimientos de salud
4º Preparación de los talleres.
5º intervención: en cada centro escolar se realizará un taller teórico con material multimedia y posteriormente un taller práctico.
6ª intervención: encuesta de valoración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Núm de profesionales que asisten a la sesión clínica
. Núm de profesionales que participan en el programa formativo
. Núm de asistentes en los colegios.
. Resultados de la encuesta de satisfacción realizada en los centros donde se imparte la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo -19 Reunión del equipo y contacto con equipo directivo
Junio-19 Encuestas de Salud
Verano -19 Estudio de las encuestas
Octubre-19 Preparación talleres
Noviembre-19 Realización talleres
Diciembre- 19 Encuestas satisfacción y evaluación del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Las instalaciones y el material lo facilita el colegio y desde el Salud aportamos los "muñecos" para taller de primeros auxilios y el personal para realizar los talleres, 2-3 sanitarios para cada 8 niños aproximadamente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Niños
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. E.P.S
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0613 (Acuerdos de Gestión)

REVALIDA EN SALUD

Proyecto: 2019_0930 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

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. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• TIERZ PUYELO MANUEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• ADAN BEGUE MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la asistencia, aumentando la capacidad resolutive 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 relacionados con urgencias
Diciembre 2019: evaluación de indicadores y conclusión

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Listado de material incluido en la guía para el procedimiento de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencia del centro de salud."

Proyecto: 2019_0930 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

- Material necesario para completar listado:
 - a. Parches para desfibrilador.
 - b. Ambú con reservorio (adulto y pediátrico)
 - c. Mascarilla con reservorio
 - d. Cánula Yancauer
 - e. Fonendoscopio adulto y pediátrico
 - f. Pinzas magill pediátricas.
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención a la urgencia
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0953 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

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. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• TIERZ PUYELO MANUEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• ADAN BEGUE MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
• GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la asistencia, aumentando la capacidad resolutive 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

A. Mejorar los resultados de la atención: 4 Mucho
B. Disminuir riesgos derivados de la atención: 4 Mucho
C. Mejorar la utilización de los recursos: 4 Mucho
D. Garantizar el derecho de los usuarios: 4 Mucho
E. Atender expectativas de los profesiones: 3 Bastante

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_0953 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Mayo 2019: Presentación al equipo del trabajo de adecuación realizado mediante una sesión y visión en 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 relacionados con urgencias

Diciembre 2019: evaluación de indicadores y conclusión

9. RECURSOS NECESARIOS.

Listado de material incluido en la guía para el procedimiento de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencia del centro de salud.

- Material necesario para completar listado:

- a. Parches para desfibrilador.
- b. Ambú con reservorio (adulto y pediátrico)
- c. Mascarilla con reservorio
- d. Cánula Yancauer
- e. Fonendoscopio adulto y pediátrico
- f. Pinzas magill pediátricas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCIÓN A LA URGENCIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0991 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

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. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CUARTERO BERNAL JAVIER. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CAVIA FERNANDEZ LAURA. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ASIN MARTIN VICTORIA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CARO DUARTE ANGEL VICENTE. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· PEÑA PORTA MARTA. PEDIATRA. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_0991 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: personal del centro de salud y farmacéutica del sector que impartirán las charlas y sesiones clínicas.

Recursos materiales: sala polivalente del centro de salud para reuniones de equipo y Consejo de Salud. Sala de la AAVV Picaral donde se impartirá la charla a la población.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1120 (Acuerdos de Gestión)**

MEJORIA PREVENCION Y DETECCION PIE DIABETICO

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. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
- ADAN BEGUE MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
- BARANDA VILARROYA PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
- DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
- GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
- TIERZ PUYELO MANUEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo = sesión y revisión consultas
Junio a Diciembre implementación actividades de detección y revisión
Enero 2020 valoración resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Comprobación si las consultas de enfermería disponen de material necesario para llevar a cabo la actividad

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0951 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DEL PROTOCOLO DE COORDINACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO Y ATENCION A LAS VICTIMAS EN ARAGON

2. RESPONSABLE EMILIA OLLOBARREN HUARTE
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). TRABAJO SOCIAL
· FILLAT CEBOLLERO MARIA ASUNCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ZUERA. TRABAJO SOCIAL
· FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ACTUR OESTE. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La violencia de género es un problema de salud pública con alta prevalencia en nuestro medio y por tanto, es exigencia social, institucional y profesional el ponerle freno. Los centros de atención primaria de salud son la puerta de entrada a toda la población de cada zona de salud. Es conocido que la mayoría de las mujeres maltratadas y sus hijos/as han acudido a consultas en su centro de salud en muchas ocasiones sin ser detectado este problema. Con este proyecto queremos contribuir a la captación e intervención temprana de estas mujeres y sus hijos/as.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Informar al personal del ámbito sanitario sobre el protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón.
- Poner en valor esta herramienta que proporciona pautas de actuación homogénea en los casos de violencia.
- Difundir las pautas establecidas en dicho protocolo de cara a la detección precoz así como la valoración, actuación y seguimiento de casos detectados.
- Informar a los profesionales sanitarios de la necesidad del registro en historia clínica de la información recogida e intervención realizada.
- Prestar especial atención a mujeres en situación de vulnerabilidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesiones clínicas informativas a los equipos de salud.
- Guía práctica registro OMI
- Informar de las distintas situaciones de especial vulnerabilidad de la mujer (embarazado, emigración, discapacidad, trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, mujeres mayores, mujeres del medio rural, mujeres con VIH)
- Presentar el árbol de decisiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero de sesiones impartidas en los centros de salud.
- Numero de profesionales que participan en las sesiones.
- Test de pertinencia de la charla

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De enero a diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto, sala de reuniones y profesionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. violencia de genero
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2019_1077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNOSTICO RAPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

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. PEDIATRA. CS ZUERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR. PEDIATRA. CS ZUERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• TARONGI SALINAS BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• BUISAC RAMON CELIA ESTHER. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• CAY AURIA MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: Mayo
Fecha de finalización: Diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Suministro de Streptotest .

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNOSTICO RAPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1079 (Acuerdos de Gestión)

PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA PERSONAL DOCENTE DEL IES GALLICUM DE ZUERA

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU GARCIA SALAVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRASA LAMBEA INMACULADA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· HERRAIZ GASTESI GONZALO. PEDIATRA. CS ZUERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR. PEDIATRA. CS ZUERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· TARONGI SALINAS BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· BUISAC RAMON CELIA ESTHER. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ CASTRO OLGA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hace unos meses el Instituto de Zuera solicitó al C.Salud un taller en el adiestramiento en primeros auxilios. Hemos querido aprovechar ésta iniciativa para realizar un Taller de primeros auxilios y RCP básica a los profesores del instituto, una actuación temprana y eficaz del personal no sanitario en situación de emergencia es vital en la cadena de supervivencia hasta que llega el equipo Sanitario.
El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clínica del Salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adquisición de conocimientos básicos de las técnicas de primeros auxilios.
Mejorar las habilidades y la actitud ante una situación de emergencia vital.
La población diana: profesores del Instituto Gallicum de Zuera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Se comunica al Instituto y se realiza reunión para coordinar la fecha.
-Reunión del equipo de mejora para preparar el taller.
-Elaboración de material teórico para entregar a los profesores..

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Asistencia del 80% de profesores.
-Evaluación de conocimientos: con un cuestionario previo y otro posterior al taller

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Taller durante el mes de Mayo-Junio

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Los talleres se imparten en el Centro Escolar.
-Se precisa de maniqués de RCP. Solicitud a Gerencia del Sector I.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

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 COCHI MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· BERNA SERNA AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZUERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VAL ESCUER MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZUERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ CASTRO OLGA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUA BONET MARIA TERESA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 todos los profesionales del EAP conozcan el Manual de Acogida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de proyecto: enero 2019

Finalización de proyecto: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Búsqueda bibliográfica de diversas disciplinas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_1269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

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. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• CAY AURIA MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
• HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER. FISIOTERAPEUTA. CS ZUERA. FISIOTERAPIA EN AP
• VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Talleres: en Mayo
-Revisión de interconsultas: desde Mayo a Octubre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Interconsulta virtual en la UME.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0092 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

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. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· SOLER ABADIAS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· ROYAN MORENO PILAR. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANJUAN SARALEGUI. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CAVERO NAGORE MATILDE. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CLARES PUNCEL MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESTEBAN MERCEDES. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 indemorable 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).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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 indemorables 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0092 (Contrato Programa)

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todo tipo de patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0404 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I

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. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· CARRERA NOGUERO ANA MARIA. MIR. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· PUIG GARCIA CARMEN. PEDIATRA. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA TAIRA BEGOÑA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión

Abril-Junio: Talleres formativos.

Junio-Diciembre: Seguimiento del impacto de la medida

9. RECURSOS NECESARIOS.

AL MENOS 10 DERMATOSCOPIOS DE LUZ POLARIZADA

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0404 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0825 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL GARCIA PARICIO

- 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. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- ASTIER PEÑA PILAR. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ CURIESES PETRA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
- MENDI METOLA CAROLINA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0825 (Contrato Programa)**

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

El problema de la soledad se afrontará desde Trabajo Social, psicólogos y voluntariado que realiza una labor de acompañamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- .- 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)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio : Febrero 2019
Constitución grupo de trabajo : marzo 2019
Pan de comunicación : mayo 2019
Finalización Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0611 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO. INFORMATICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. INFORMATICA
• BAGÜES MARCEN MARIA CARMEN. TECNICO/A DE DOCUMENTACION. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• GIMENEZ CUELLO INES MARIA DEL MAR. TECNICO/A DE DOCUMENTACION. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PEREZ BARRERO MANUELA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• ORTEGA MORALES JOSE MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EN LA ACTUALIDAD LA INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA SE OBTIENE DE MANERA MANUAL A TRAVÉS DE LISTADOS 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 PERÍODO 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 TRASCRIPTIÓN MANUAL Y AGILIZE EL PROCESO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- RECOPIRAR 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.
-RECOPIRAR A TRAVES DE "JASPERSOFT" DICHA INFORMACIÓN Y ADAPTARLA 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO SE REALIZARÁN CONTRASTANDO LOS DATOS DE LAS APLICACIONES (HIS, INDRA, ORACLE...) CON LOS DATOS QUE SE VUELVEN EN EL NUEVO CUADERNO DE MANDO AUTOMATIZADO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-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 PERÍODO 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

9. RECURSOS NECESARIOS.
NO NECESARIOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA
•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0611 (Acuerdos de Gestión)

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0612 (Acuerdos de Gestión)

DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RUBIO ORGA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OLIVAR DUPLA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BLASCO JIMENEZ ANTONIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE HNSG DIGITALIZADOS - 100%
% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- * 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Escáner, tenemos la multifunción grande de renting. Con otro tipo de escáner más rápido, nos podíamos plantear mayores objetivos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no hay patología definida
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0913 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

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. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• VALERO RANDO ROSANA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• PERMUY FONTAO JULIO. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• PITA GRANDAL BEATRIZ. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• BARDAJI CESTER CONSUELO. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• PEREZ CHUECA ANA BELEN. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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, centrífugas, 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.
ordenador y escaner

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0913 (Acuerdos de Gestión)

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- ELENA MONEVA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RINCON GORMEDINO CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RUIZ ROMERO INMACULADA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- GASPAR OCHOA ROSALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- ABAD BEORLEGUI ELENA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- HOMBRIA LAVIÑA LAURA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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, Durante 2018 se ha trabajado en establecimiento de la sistemática del procesamiento de biopsias y citologías. Durante 2018 se propone afianzar el proceso ejecutando esta sistemática en plenitud, para alcanzar la mayor eficacia diagnóstica posible.. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Completar la sistematización de los procedimientos de biopsias.
Ejecutar plenamente la sistemática establecida y corregirla si se detectan incongruencias o actividades inoperantes.
Establecer los formatos para el registro de las actividades
Difundir en el hospital la sistemática, especialmente en lo que se refiere a la pre y postanalítica, para mejor interrelación con los demás servicios.
Mejorar la gestión de equipos, en colaboración con los proveedores.
Extender las actividades de gestión de calidad a otros procedimientos del servicio.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Instruir al personal del Servicio para el conocimiento y aplicación de la sistemática.
Registrar las desviaciones que se produzcan y emprender las acciones correctivas y preventivas necesarias.
Evaluar la pertinencia y adecuación de la sistemática para la mejor atención de los pacientes, satisfacción de los servicios "clientes" y concordancia con la norma ISO 15189, corrigiendo los aspectos que se comprueben como no satisfactorios.
Redactar los procedimientos que afecten conjuntamente a los procedimientos de biopsias y citologías.
Colgar en el servidor del hospital la Cartera de servicios y las normas para la solicitud de estudios de biopsias.
Coordinar con los proveedores de equipamiento las actividades de mantenimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Conocimiento de la sistemática entre el personal del servicio mediante reuniones formativas.
Difusión de las normas para la solicitud de estudios mediante correos, reuniones y colocación en el servidor del hospital (S/N).
Establecimiento de procedimientos definitivos (nº de procedimientos).
Establecimiento de sistemática de mantenimiento de equipos (S/N)
Establecimiento del registro de incidencias en PatWin (S/N)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Redacción de los procedimientos y envío al SALUD y a ENAC: Marzo 2019
Difusión de sistemática en el servicio: Marzo 2019
Auditoría de evaluación: Marzo 2019
Revisión, acciones correctivas: Junio 2019
Auditoría interna: Junio 2019
Auditoría externa: Cuarto trimestre de 2019
Evaluación y plan de continuación: Primer trimestre de 20120

Proyecto: 2019_0512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se requiere la colaboración de servicios generales, especialmente:

- Informática: Para el establecimiento de estadísticas y optimización de aplicaciones (PatWin, Word, Vocali...), coordinación entre las mismas (sobre todo con TPID y Aptima) y coordinación con el Sistema de Información Hospitalario (identificación de pacientes, etiquetas, etc...).
- Mantenimiento y electromedicina: Para las acciones preventivas y correctivas que se refieren al equipamiento e instalaciones.
- Suministros: Para optimizar y agilizar la gestiones relativas a suministros y recepción de material.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de enfermedades (pero especialmente neoplasias)
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· ELENA MONEVA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RINCON GORMEDINO CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RUIZ ROMERO INMACULADA. TEAP. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GASPAR OCHOA ROSALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· SANJOSE PEREA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· HOMBRIA LAVIÑA LAURA. TEAP. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, se encuentra acreditado según la norma ISO-15189, desde el 2009. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejor continua, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio para mantener la acreditación UNE-EN-ISO-15189, mediante un sistema de control 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, y se encuadra en las líneas estratégicas del salud, especialmente en la línea Cribado de cáncer de cérvix.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Renovar la Acreditación ISO-15189.
Prevenir el Cáncer cervical.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las principales actividades serán:

- Volcado de resultados de HPV a los informes.
- Continuar adecuando las tablas de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas.
- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para implantar el registro mediante código de barras.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos para capturar la problemática de demanda.
- El servicio sigue ofertando la es estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Establecimiento del procedimiento de registro.
Actualización del procedimiento técnico de análisis.
Actualización del informe de resultados.
Comunicación a matronas y ginecólogos.
Realización de revisión por la Dirección.
Realización de estadística de resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Auditoría de evaluación en Marzo de 2019.
Revisión y acciones correctivas en Junio de 2019.
Auditoría interna en Junio de 2019.
Auditoría externa 4º trimestre de 2019.
Evaluación y plan de continuación 1er. trimestre de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se requiere la colaboración de Patwin con Aptima y con sistema de informática hospitalaria para el volcado de informes de HPV.
Se requiere la colaboración del sistema de informática con el servicio de Admisión, para el registro mediante código de barras de las muestras remitidas.
Se requiere la colaboración de las matronas para anular la información en papel, ya que la información consta en la Historia Electrónica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_0066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES QUIRURGICOS

2. RESPONSABLE EMILIO JOSE GRAÑENA MUNIENTE

- 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.

- ALAMILLO SALAS CLARA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- SAUCO JAQUES JOSE EMILIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- OPLA BENABARRE JOSE MARIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- NOGUE PUEYO MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A consecuencia de la modificación de la evidencia clínica en la profilaxis antibiótica de la endocarditis bacteriana en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, se hace necesario la revisión y actualización del protocolo de profilaxis antibiótica de endocarditis bacteriana para adecuarlo a los estándares actuales, y comprobación de su adecuación a nuestro hospital y entorno quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaboración de un protocolo de profilaxis antibiótica dirigido a pacientes susceptibles de endocarditis bacteriana (prótesis valvulares cardiacas, trasplantes, antecedentes de enfermedad reumática...) sometidos a intervención quirúrgica en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica y redacción de pauta de profilaxis antibiótica.
Aprobación en sesión clínica por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Comunicación a los servicios quirúrgicos implicados y Servicio de Medicina preventiva.
Notificación a servicios implicados y unidades de enfermería.
Detección de pacientes susceptibles de precisar profilaxis antibiótica, y notificación en su historia clínica de la pauta antibiótica realizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes susceptibles de necesitar profilaxis antibiótica por riesgo de endocarditis infecciosa/Pacientes que reciben la adecuada profilaxis antibiótica previa a la intervención.
Pacientes con posible diagnóstico de Endocarditis Bacteriana postquirúrgica aún realizada la profilaxis antibiótica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019 (un año)

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos adicionales.

10. OBSERVACIONES.

PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES QUIRURGICOS

- La endocarditis infecciosa es una enfermedad inflamatoria y proliferativa del endocardio que afecta más frecuentemente a las válvulas cardiacas.
- Ciertos procedimientos diagnóstico-terapéuticos se acompañan de bacteriemia y en consecuencia de un aumento del riesgo de producir endocarditis infecciosa.
- Existe un aumento del riesgo de desarrollar la enfermedad en pacientes con patología valvular cardiaca y/o reemplazo valvular.

Procedimientos en los que se debe considerar profilaxis:

Cirugía de la cavidad oral:

- Extracción dental
- Procedimientos periodontales
- Implantes de ortodoncia
- Limpieza con sangrado

Procedimientos en la vía respiratoria:

- Amigdalectomía y tonsilectomía
- Broncoscopia rígida
- Cirugía sobre la mucosa respiratoria
- Cirugía digestiva:
- Cirugía vías biliares
- Cirugía sobre la mucosa intestinal
- Dilatación esofágica

Proyecto: 2019_0066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DE PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES QUIRURGICOS

CPRE
Esclerosis varices esofágicas
Procedimientos y cirugía del aparato genitourinario:
Cirugía de próstata
Cistoscopia

Patología de riesgo de endocarditis bacteriana en pacientes quirúrgicos:
Riesgo alto:

Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis)
Endocarditis bacteriana previa
Cualquier forma de cardiopatía congénita cianótica reparada o no.

No se recomienda profilaxis:
Cualquier otro tipo de valvulopatía o cardiopatía congénita.

Pauta antibiótica:

No alérgicos a B-Lactámicos:
Ampicilina 2g iv 30' antes de la cirugía.
Alérgicos a B-Lactámicos:
Vancomicina 1g iv (administración lenta 1-2h) 30' antes de la cirugía.

Bibliografía:

Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis
Federico Vallés, Manuel Anguita, M Pilar Escribano, Feliciano Pérez Casar, Hipólito Pousibet, Pilar Tornos, Manuel Vilacosta .
Guía ESC 2015 sobre tratamiento de la endocarditis infecciosa
Gilbert Habib, Patrizio Lancellotti, Manuel J. Antunes, Maria Grazia Bongiorno, Jean-Paul Casalta, Francesco del Zotti, Raluca Dulgheru, Gebrine El khoury, Paola Anna Erba, Bernard Iung, Jose M. Miró, Barbara J. Mulder, Edyta Plonska-Gosciniak, Susanna Price, Jolien Roos-Hesselink, Ulrika Snygg-Martin, Franck Thuny, Pilar Tornos Mas, Isidre Vilacosta y José Luis Zamorano.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE PROTOCOLOS DE PETICIONES PREOPERATORIAS EN CIRUGIA BASICA DE CATARATAS

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 EMILIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALAMILLO SALAS CLARA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- GRAÑENA MUNIENTE EMILIO JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- RODRIGUEZ BENITO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- ITURRICHIA ALBA FERNANDO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
- NOGUE PUEYO MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía de catarata actualmente se realiza con la técnica de facoemulsificación del cristalino y su sustitución por una lente intraocular. Es una cirugía de breve duración, de un órgano avascular, con lo cual la posibilidad de sangrado importante, exceptuando complicaciones no previsibles, se minimiza y con un grado escaso de repercusión funcional para el paciente. Estas cirugías se realizan con anestesia tópica en la gran mayoría de los casos, en nuestro hospital, más del 99% de los casos, con el apoyo de una sedación mas o menos importante en función del estado del paciente y de una adecuada y reglada monitorización intraoperatoria. Son cirugías realizadas de forma ambulatoria (CMA) con lo cual el paciente se va a su domicilio en un breve lapso de tiempo desde su salida del quirófano, pasando por la unidad de CMA para su alta correspondiente despues de haber datado una adecuada recuperación postanestésica. Al ser un órgano avascular y debido al escaso impacto sobre el paciente, no preveemos mayores dificultades ni creemos necesarios estudios de laboratorio que sean excesivos e innecesarios para la intervención bajo las características de este hospital y servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proponemos la supresión de analíticas preoperatorias de hematemetría básica así como de Glucosa, Creatinina y TFG estimada que se realizaba en este tipo de pacientes. Se mantienen el EKG, y la coagulación básica al poder ser necesario un bloqueo para su realización. Estas últimas serán valoradas en un futuro. Excepciones: Cirugías previsiblemente complicadas, con cirugía mayor o previstas con anestesia peri o retrobulbares o con A. General por la causa que fuere. También se consideraran excepciones todos los casos en los cuales tanto Oftalmólogo como Anestesiólogo lo consideren oportuno.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones con S. de Oftalmología y aceptación de propuesta
- Reunion con S. de Admisión para nuevas especificaciones de cara a los pacientes
- Reunion con laboratorio para establecer nueva lista de peticiones para preoperatorio de pacientes de cataratas
- Sesiones clínicas del S. de Anestesiología para establecer objetivos y seguimiento de este tipo de pacientes
- Nuevos listados de peticiones
- Reuniones con el S. de Oftalmología para evaluar seguimiento y resultados (trimestrales)
- Recogida de datos.
- No son necesarios recursos adicionales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes enviados a preoperatorio de cataratas/ pacientes con nuevo formato de peticiones
- Pacientes operados de cataratas en este hospital provenientes de otros hospitales con diferentes peticiones/ total de pacientes
- Pacientes con estas nuevas peticiones/ Total de pacientes
- Complicaciones
Satisfacción por parte de los cirujanos
Ahorro obtenido

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

Se realizaran reuniones con otros servicios de Anestesiología de otros hospitales para que se adopten similares medidas de cara a unificación de criterios en todos los pacientes que se operen en este hospital.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE PROTOCOLOS DE PETICIONES PREOPERATORIAS EN CIRUGIA BASICA DE CATARATAS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ALFARO GARATE
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ LAFUENTE MARIA DEL CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· MIRET BERNAL MONTSERRAT. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTEVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA SI AL LLEGAR CON UN ESTADO DE ANSIEDAD ELEVADO PODRIA AFECTAR LA CIRUGIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL RECIBIMIENTO, ATENUANDO ESTE ESTADO DENTRO DE NUESTRA COMPETENCIA COMO AUXILIARES DE ENFERMERIA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
TEST DE CALIDAD Y VALORACION A NIVEL ANSIEDAD SOBRE UNA ESCALA DEL 0 AL 5.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR CUANTITATIVO E INDICADOR CUALITATIVO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
TRES MESES.
DEL 1 DE ENERO AL 31 DE MARZO DEL 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
APTITUDES PSICOLOGICAS POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA.
LAS ESCALAS DE ANSIEDAD ENUMERADAS DEL 0 AL 5.
LOS PACIENTES A EVALUAR.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES DE OJOS, DE TRAUMATOLOGIA, DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y DE GINECOLOGIA
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0864 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS EN LA UCMA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ROCIO YAGÜE LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURZURI LAFUENTE PATRICIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
· ROSEL MOUSSET FELICIDAD. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hay intervenciones programadas que tienen que ser aplazadas o suspendidas por una preparación inadecuada del paciente y/o de la Historia Clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la gestión en la UCMA para disminuir el índice de intervenciones programadas que se tienen que anular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Interacción con los diferentes servicios implicados en la programación de las intervenciones quirúrgicas. (Admisión, archivos, consultas externas, quirófano...)
Identificación de las posibles incidencias mediante la revisión de las Historias Clínicas.
Registro de las cancelaciones.
Sustitución de pacientes programados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Nº de intervenciones quirúrgicas canceladas/Nª 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración 4 meses, se comienza la recogida de datos el 1/2/2019 hasta el 31/5/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Partes de la programación semanal de intervenciones .
Historias clínicas de pacientes a intervenir.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de oftalmología, traumatología, otorrinolaringología.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0865 (Acuerdos de Gestión)

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

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ALFARO GARATE

- 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. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
- MIRET BERNAL MONTSERRAT. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA, SI AL LLEGAR CON UN ESTADO DE ANSIEDAD ELEVADO PODRIA AFECTAR LA CIRUGIA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL RECIBIMIENTO, ATENUANDO ESTE ESTADO DENTRO DE NUESTRA COMPETENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

TEST DE CALIDAD Y VALORACION A NIVEL ANSIEDAD SOBRE UNA ESCALA DEL 0 AL 5

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR CUANTITATIVO E INDICADOR CUALITATIVO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

TRES MESES.
DEL 1 DE ENERO DEL 2019 AL 31 DE MARZO DEL 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

APTITUDES PSICOLOGICAS POR PARTE DE LA AXULIAR DE ENFERMERIA.
LAS ESCALAS DE ANSIEDAD ENUMERADAS DEL 0 AL 5.
LOS PACIENTES A EVALUAR

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES DE OJOS, ENFERMEDADES DE TRAUMATOLOGIA, ENFERMEDADES DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y ENFERMEDADES DE GINECOLOGIA.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA

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. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE. TEL. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· MORLANES NAVARRO TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GOMEZ SALVADOR TRANSITO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARA NAVARRO EMMA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 Geriatria, con la Unidad de Ortogeriatría, 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 Geriatria y la Unidad de Ortogeriatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Coordinación de todos los servicios implicados en el proyecto: Servicio de Farmacia, Servicio de Geriatria 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 Geriatria.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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, 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0890 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

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.
· FERRER BALSALOBRE MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· LAZAR DANIELA. TEAF. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· BUSTOS SAENZ MARIA JESUS. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES. TEAF. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· RIPOLLES SANCHO RAFAEL. TEAF. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· CALVO HORNILLOS PEDRO JOSE. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

? 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.
? Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
? Reducir la incidencia de resultados erróneos.
? Crear de un grupo de trabajo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Proyecto: 2019_0890 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

? 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".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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)

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA PATOLOGÍA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

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.
• MESA LAMPRE MARIA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MENDOZA DILOY ABRAHAM. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• LETOSA BOLEA MARIA VICTORA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• LARA GUISSANDO EMMA LUZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MARCO BES TERESA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• PEREZ BERASATEGUI OSCAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras el estudio y análisis de datos obtenidos en la primera fase de este proyecto, se extrae como conclusión la gran incidencia de caídas en este rango poblacional, su gran impacto a nivel funcional del usuario y su repercusión en el empleo de recursos materiales y humanos del sistema sanitario. Concluimos la necesidad de iniciar estrategias para abordar el manejo de las caídas en nuestros pacientes de hospital de día geriátrico (HDG), incidiendo en los factores analizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.- Identificar qué pacientes tienen un riesgo de caída en el momento de acceder al programa de HDG, intentando cuantificar en cada paciente el riesgo mediante una valoración individualizada de los usuarios.
- 2.- Actuar sobre los factores predisponentes a las caídas, analizados en 2018: ambientales y del propio usuario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar documento de valoración del riesgo de caídas en cada paciente que se registrará en la valoración inicial previa al ingreso en el programa de HDG.

Diseñar folleto formativo para los usuarios y cuidadores donde se faciliten pautas de prevención de caídas y manejo del paciente caedor.

El grupo completo se reunirá al menos bimensualmente y realizará todas las reuniones parciales que precisen las actividades .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El 85% de los pacientes que sean aceptados en el programa de HDG tendrán una valoración que identifique su riesgo de caídas en el segundo semestre del año (Nº de pacientes que se les realice valoración de riesgo de caídas / Nº de pacientes que se incorporen al programa de HDG).

El 90% de los pacientes que continúen al menos después de cuatro sesiones en HDG recibirán un folleto formativo elaborado por el equipo de mejora. (Nº de pacientes a los que se les da folleto/ Nº de pacientes que continúan tras la cuarta sesión en HDG).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el primer semestre se elaborarán tanto el documento de valoración de riesgo como el folleto formativo para los usuarios (hasta Mayo aproximadamente).

Durante el segundo semestre se implementará la valoración de riesgo de caída y la difusión del folleto entre los usuarios (a partir de Junio).

A lo largo del mes de Septiembre se realizará reevaluación de las actuaciones que se están llevando a cabo y planteamiento de modificaciones.

A final de año se extraerán las conclusiones y se planteará continuidad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reprografía/ impresión de 150 folletos formativos a color.

En caso de denegación se realizaría dicho folleto con los recursos básicos disponibles en el servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CAÍDAS COMO SÍNDROME GERIÁTRICO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- CANO LATORRE ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
- CORDOVILLA ESTEBAN ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- MARTIN CALVO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
- PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- TORRES ANDRES MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CONSULTAS EXTERNAS
- TOMBO FERRER MONICA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UTPCA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración del Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG Tomo II, agrupando los procedimientos según procesos de intervención y valoración de enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El Manual de Procedimientos de Enfermería, estará a disposición de todos los profesionales en la intranet del Sector Zaragoza I, en diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población con cuidados universales
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• ANAYA GIL TERESA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• ESTAUN FERNANDEZ TERESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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. El deterioro funcional hospitalario (DFH) se define como la pérdida funcional de 1 o más actividades de la vida diaria tras el ingreso. En el Servicio de Geriatria del HNSG, en el año 2018 se ha objetivado un deterioro funcional al alta hospitalaria de un 25-30 %, con una pérdida funcional de 15 puntos según el índice de Barthel. Se han valorado factores de riesgo asociado a dicho deterioro observando que el delirium y la necesidad de contención mecánica son los más significativos. El deterioro funcional se ha asociado con mayor estancia media (casi 4 días más).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.
- 2) Intervenir sobre factores de riesgo modificables: delirium, encamamiento, fluidoterapia.
- 3) Valorar el beneficio obtenido tras la intervención realizada:
 - Mejoría del DFH en nuestro servicio e intentar disminuir la estancia media de estos pacientes.
 - Satisfacción de los pacientes y familiares

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) 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.
 - Se entregará a los familiares de los pacientes, que cumplan criterios de inclusión en el programa de ejercicio físico, un folleto en formato tríptico explicando lo que es el DFH y sus consecuencias.
 - Se pondrán carteles informativos por la planta de Geriatria sobre el DFH
 - Se elaborarán videos explicativos sobre los ejercicios y como hay que realizarlos.
 - Se elaborará un video sobre el deterioro funcional y sus consecuencias que se emitirá por el canal cerrado del Hospital.
- 2) REALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO a los pacientes que cumplan criterios de inclusión y de manera individualizada.
 - Introducir en el programa de Dominium-Farmatools de HNSG en "Cuidados hospitalarios" la ejecución de ejercicios según el nivel del paciente.
 - Un fisioterapeuta explicará a los familiares y a los pacientes los ejercicios que correspondan a cada grupo y como realizarlos.
 - 3) Intervenir en los factores de riesgo modificables asociados al DFH como delirium (conjunto con grupo de mejora de prevención del delirium de nuestro Servicio).
- 4) REUNIONES DE EQUIPO se fijarán cada 2 meses
- 5) RECURSOS MATERIALES se utilizarán Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriatria B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias, Tablet y acceso al canal cerrado de televisión del Hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes con DFH/número total de pacientes con DFH que realizan ejercicio
- 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.
- Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

Proyecto: 2019_0303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Desde Abril de 2019: Puesta en marcha del programa de intervención y prevención del DFH.
- De abril a Septiembre se empezará con la mitad de las camas del Servicio de Geriátría para observar la adherencia, la ejecución y la satisfacción de pacientes y familiares del programa de DFH. Así mismo se observará la adaptación de todos los miembros del Servicio de Geriátría (Médicos, enfermeras, auxiliares.)
- Desde Octubre de 2019 se implantará a todos los pacientes del Servicio de Geriátría.
- A partir Octubre 2019: Se elaborarán videos explicativos de los ejercicios para que sea más fácil la ejecución de éstos mismos. También se grabará un video para el canal cerrado de TV del Hospital.

9. RECURSOS NECESARIOS.

cañón, aula, tablet, impresora

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto es continuidad del realizado durante el año 2018 con N ° 2018_0220

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0383 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

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. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARRIDO MARTINEZ LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· MARCO BES TERESA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· SCHADEGG PENA DANIEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA-(2)

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SCHADDEG PEÑA DANIEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GIMENEZ CLEMENTE GABRIELA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· PEREZ MILLA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. POOL DE ENFERMERIA
· ESTAUN FERNANDEZ TERESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.

Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.
Mejorar la información sobre este problema entre profesionales y familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones del grupo: Mínimo 3.
Elaborar y promocionar un protocolo asistencial entre profesionales.
Elaborar una hoja informativa para familiares.
Reevaluar y evaluar el beneficio obtenido tras la acción realizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes de delirium/ total de pacientes que ingresan: Disminuir un 5% respecto al primer estudio.
Días de duración del delirium /total de pacientes ingresados: Duración de 1-2 días en un 75% de pacientes.
% pacientes con delirium /% de protocolos aplicados: Una vez aplicado el protocolo, cumplir en un 75%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019:

Desde abril: Implantación de medidas

Una vez elaborado el protocolo asistencial se aplicará a todos los ingresos nuevos

Se observará el grado de cumplimiento en septiembre 2019.

Se reforzará información en caso de incumplimiento mayor del 30%

Se observará grado de cumplimiento en diciembre 2019- enero 2020

Valoración de beneficio:

Recogida de datos de todos los ingresos en cuarto trimestre: incidencia delirium, duración de delirium, evaluación según protocolo, aplicación de medidas.

Elaboración de resultados: enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Material que ayude a la reorientación: Calendario, reloj.

ANEXO I

24 RELOJES de pared 215 €
Gastos ferretería 24.30€
Palito madera para calendario x 24 9.50€
Canutillos 24€

Proyecto: 2019_0465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA-(2)

TOTAL 272. 8€

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0716 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA

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. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ALVAREZ GOMEZ ESTHER. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LASALA HERNANDEZ ELISA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· FERRER MAHAVE MARTA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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. Las FQ presentan efectos adversos como síndrome confusional, arritmias cardíacas 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 CEMA-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.

5. 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-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.

Proyecto: 2019_0716 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA

9. RECURSOS NECESARIOS.
ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. POOL DE ENFERMERIA
• VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• PEREZ MONLAT EDUINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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 Geriátrica 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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

Proyecto: 2019_0750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- Recursos materiales: ordenador, papel e impresora para elaboración de las hojas de registro. Termómetro, torre de constantes o fonendoscopio, esfigmomanómetro y pulsiómetro portátil.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0756 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRIA HNSG

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.
· SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GRACIA MARTINEZ SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GIMENEZ CORREAS ESTRELLA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0756 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRIA HNSG

- Encuestas.
- Programa estadístico SPSS.
- Formaciones para el personal sanitario de Geriatria sobre la calidad asistencial durante la hospitalización.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS (CP) EN GERIATRIA: IMPLANTACION DE MEDIDAS

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 EDUARDO. MIR 2°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA. MIR 2°. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
• CONCEJERO PARDOS ROSA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
• GRACIA MENDOZA DIANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• PORTOLES ALFARO AZUCENA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los CP 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 S° de Geriatria (FEA y MIR) y de Informática y AtP^a hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Proyectos en el 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 AtP^a.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tt° 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 CP).

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 Geriatria, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

En el momento actual hemos completado la primera fase del proyecto 2018-1051 en el apartado uno de los objetivos: consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados en Geriatria en el H Ntra Sra de Gracia. También se han llevado a cabo sesiones de información para trabajadores (sesión MIR, sesión acreditada en CS Picarral sobre informes de alta específicos, en octubre de 2018).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de CP y una correcta identificación que facilite la transmisión de la información entre el personal.
- Elaborar un tríptico informativo.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos médicos y de enfermería.
- Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Desarrollo de informes específicos Z51.5 a través de la HCE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesión/sesiones acreditadas de divulgación de información para trabajadores del Sector I.
- Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO (soporte físico o instrumento electrónico de la HCE).
- Análisis de pacientes paliativos que reingresan.
- Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones: uso de opioides y bombas de analgesia.
- Elaboración de plan de cuidados reglados en texto predefinido de farmatools.
- Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo: uso vía subcutánea, higiene bucal y movilizaciones.
- 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).
- Duelo: consulta del cuidador.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1. Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
- 2. Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
- 3. N° pacientes que reingresan con criterios Z51.5 con alta menor de 3 meses/N° pacientes con diagnóstico

Proyecto: 2019_1362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS (CP) EN GERIATRIA: IMPLANTACION DE MEDIDAS

Z51.5 al alta. Evaluación: desconocido.

- 4. Número de opioides revisados/ opioides incluidos en farmatools. Evaluación: estándar 50%.
- 5. Bombas de analgesia creadas. Evaluación: nº de bombas de analgesia creadas estándar >1.
- 6. Nº de protocolos de vía subcutánea aplicados en Z51.5/nº de vías subcutáneas colocadas en Z51.5. Evaluación: estándar 33%.
- 7. Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.
- 8. Creación de formulario de alta de pacientes geriátricos en cuidados paliativos en la HCE. Estándar =1.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- De 1 de enero de 2019 a 31 de diciembre de 2019: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Monitorización del proyecto semestral.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Habitaciones: 2 habitaciones para uso individual.
- Sala de familiares/sala de duelo.
- Tríptico informativo.
- Cartelería de identificación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente pluripatológico y paciente crónico complejo.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

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 CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• ARBIOL LATORRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LOZANO ENGUITA ELOISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
• CALVO TRULLEN NURIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 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

Proyecto: 2019_0351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

equipo).

*Enero 2020: Elaboración de la Memoria del Proyecto (todos los miembros del equipo).

9. RECURSOS NECESARIOS.

-

10. 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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
• SAEZ ESCONALO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
• FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
• CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
• CANOVAS PAREJA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MIÑANA AMADA MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
• ANDRES ARRIBAS IGNACIO. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

Proyecto: 2019_0452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Incorporación en el GT de una enfermera con dedicación parcial al programa para identificación, transmisión de alertas y actividades de registro. Estas labores consumen y restan tiempo a los clínicos, mermando la posibilidad de seguimiento e intervención sobre un % significativo de alertas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- ARMILLAS MOLINOS MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- GIMENO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
- GIL EGEA ESMERALDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_1303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos: Los miembros de la citada comisión.

Materiales: Los que se vayan considerando adecuados para conseguir los objetivos del plan, monitores de televisión, relojes, medidores de ruidos, ...

Se irán solicitando a los responsables del centro que deberían implicarse en el proyecto de humanización en beneficio de nuestros pacientes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES CRITICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE MARTA BOROBIO 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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· PAUL FUMANAL ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· VIU SOTERAS MARIA JESUS. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ FLETA RAQUEL. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Recursos personales: 3 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería y la supervisora del servicio.
Recursos materiales: Manuales existentes en otros servicios y hospitales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. MEJORA DE LA PRACTICA ASISTENCIAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0436 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS PERIODOS DE UNION DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MORENO GONZALEZ
· 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.
· JUEZ GARCIA BELEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CELIMENDI JIMENEZ VANESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIL CORRAL MARIA ISABEL. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SESE SANZ PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FORTEA HERRERO ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· CORDOVILLA ESTEBAN ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· BARRANCO USON JULIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En periodos de vacaciones las Unidades de enfermería de Cirugía y Medicina Interna, se unen en el mismo espacio físico. Esto conlleva:

- Convivencia de pacientes de distintas especialidades
- Procedimientos de trabajo muy distintos entre sí
- Incorporación de personal temporal por periodo de vacaciones
- Cambio del personal fijo-interino por traslado, acoplamiento interno, etc. desde un periodo de unión a otro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Informar a todo el personal antes de los periodos de unión, sobre los protocolos de cada servicio y los cambios que se han podido producir desde la última unión, para :

- Mejorar la continuidad asistencial de los cuidados, de cara a la seguridad del paciente, disminuyendo errores y minimizando los posibles riesgos en la asistencia
- Mejorar la atención y la calidad de los cuidados de enfermería
- Mejorar la satisfacción de los trabajadores,
- Mejorar el clima laboral

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Formación de un grupo de trabajo, formado por TCAES, enfermeras, supervisoras de las 2 unidades.
- 2- Puesta en común de las dificultades que cada especialidad encuentra en estos periodos
- 3- Elaboración de documentación para formación de las necesidades detectadas
- 4- Realizar calendario de sesiones de formación .Las sesiones-coloquio irán dirigidas tanto a enfermeras como a TCAES, con una duración aproximada de dos horas impartidas por el personal participantes de este proyecto y en el periodo previo a la unión. Mínimo 2 veces al año, en una o varias sesiones, según se vea necesario, se dará una charla formativa, en la que se hará un resumen del funcionamiento de cada unidad. Se resolverán dudas y se comentara todas aquellas modificaciones en protocolos y nuevas técnicas que hubiera
- 5- Evaluación
- 6- Introducción de mejoras y puesta en común

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de participantes en cada sesión
- Encuesta valoración sobre la utilidad de la información recibida
- Encuesta de satisfacción del profesional

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El desarrollo de este proyecto se realizará a lo largo de 2019-20

- 1- Formación de un grupo de trabajo, formado por TCAES, enfermeras, supervisoras de las 2 unidades. 1er trimestre 2019
- 2- Puesta en común de las dificultades que cada especialidad encuentra en estos periodos. 2º trimestre 2019
- 3- Elaboración de documentación para formación de las necesidades 2º semestre 2019

Proyecto: 2019_0436 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS PERIODOS DE UNION DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

- 4- Realizar calendario de sesiones de formación. Las sesiones irán dirigidas tanto a enfermeras como a TCAES. 2º semestre 2019
- 5- Realizar una sesión en el mes de junio y diciembre 2020
- 5- Evaluación. 4º trimestre 2020
- 6- Introducción de mejoras y puesta en común. 4º trimestre 2020

- 9. RECURSOS NECESARIOS.
Ordenador, cañón proyector
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente médico-quirúrgico
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0655 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE "PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA"

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. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· REYES MONCLUS PATRICIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· LAFUENTE MORUGA BEGOÑA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· FERRER COLERA MARTA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0655 (Acuerdos de Gestión)**

PROYECTO DE "PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA"

-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.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ordenador y cañón proyector.

10. OBSERVACIONES.
Resaltar la heterogeneidad de pacientes en cuanto a edad, patología y diversidad sociocultural.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente pluripatológico.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0739 (Acuerdos de Gestión)

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

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.
• PORRAS RODRIGO MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
• PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
• NAVARRO TEJERO BARBARA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
• MARCEN NAVAS ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
• COMABELLA CALLIZO NATALIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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:

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. (noviembre 2019)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará colaboración del Servicio de Informática de este hospital para ubicar la guía en la plataforma adecuada de modo que pueda estar a disposición del personal de enfermería del HNSG.

Proyecto: 2019_0739 (Acuerdos de Gestión)

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

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- FLETA GALVEZ SARA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- SANTOLARIA SANCHO LAURA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
- URCOLA MONREAL ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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)

Proyecto: 2019_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sería necesario contar con el apoyo por parte del hospital para poder distribuir el cuadríptico a todo el personal de nueva incorporación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1035 (Acuerdos de Gestión)

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

2. RESPONSABLE ALEJANDRO URCOLA MONREAL
· 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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 servicio 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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)

Proyecto: 2019_1035 (Acuerdos de Gestión)

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

- 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)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Es necesario contar con ayuda del personal de informática del hospital u otros hospitales. También será necesario una licencia para el entorno de programación escogido, lo cual puede incluir alguna suscripción en algún servicio web y adquirir un dominio en la web.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ninguna patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0276 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GAMBOA HUARTE BEATRIZ. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• CASALLO MANTECON CONSUELO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GALVE AGUDO BEATRIZ. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CORRALES CARDENAL JORGE EDUARDO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
• MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

Cuanto 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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 Pronostic 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_0276 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

9. RECURSOS NECESARIOS.
Comunicación en el comité de tumores del HNSG mediante una reunión semanal en la cual esta todo el equipo multidisciplinar de tratamiento oncológico de aquellas pacientes que estén en el proyecto de mejora de calidad. El servicio de geriatría participara en la valoración preoperatoria de dichas pacientes, acudiendo a la reunión de comité de tumores para la toma de decisiones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0216 (Acuerdos de Gestión)

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLOGICOS

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SORIANO PINA DIANA. OPTICO-OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· DEL PRADO SANZ EDUARDO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· ALMENARA MICHELENA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· PINILLA BOROBA JUAN. OFTALMOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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 encargará de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

Proyecto: 2019_0216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLOGICOS

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cables de red para conexión a internet

Software Forum (Zeiss) para instalar en todos los ordenadores de oftalmología

Se valorarán distintos proveedores para el suministro de estos materiales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· BAZAN GIMENEZ PABLO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER. OPTICO-OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· CASTILLO CASTEJON OLIMPIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· HERNANDEZ VIAN RUBEN. OPTICO-OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A los pacientes en la primera visita se les realiza el siguiente examen oftalmo-otométrico:
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes menores de 40 años que padecen esta disfunción y tratamiento de éstos para disminuir su sintomatología y eliminar el espasmo acomodativo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo de 2019 a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponibilidad de las consultas de oftalmología

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adolescentes/jóvenes
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Disfunciones acomodaticias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER 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.

- GIMENEZ CALVO GALADRIEL. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- ORDUNA HOSPITAL ELVIRA. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- SORIANO PINA DIANA. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- ALTEMIR GOMEZ IRENE. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- SANCHO REDONDO CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- BAZAN GIMENEZ PABLO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
- FANLO ZARAZAGA ALVARO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De marzo a diciembre de 2019 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRESENTACION MULTIMEDIA Y HOJA INFORMATIVA EN LA SALA DE ESPERA DE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE CIRUGIA DE LA CATARATA

2. RESPONSABLE JUAN PINILLA BOROBIA
· Profesión OFTALMOLOGO/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. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· CASTILLO CASTEJON OLIMPIA. OFTALMOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia alberga la Unidad de Alta Resolución de la Cirugía de Catarata de Aragón (ARCCA). En sus consultas son atendidos a lo largo del año unos 7000 casos. Durante el proceso, el paciente recibe varias citaciones. La primera de ellas, desde lista de espera, es para la consulta preoperatoria. En esta consulta se completan varios procesos previos a la cirugía y se entregan numerosas instrucciones.

Dada la abundante información recibida en el inicio del proceso, muchos de los pacientes pueden llegar a sentirse abrumados y desorientarse, afectando a la comprensión de las explicaciones. Aunque se les recomienda acudir acompañados y se les entrega una hoja resumen con la información dada, han sido varias las ocasiones en las que el paciente ha confundido instrucciones y fechas, obligando a rehacer parte del proceso, con el consiguiente coste en tiempo y recursos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se ha decidido crear un grupo de trabajo para analizar los distintos pasos en el proceso seguido por el paciente de ARCCA y establecer una serie de medidas que permitan una mayor claridad e idoneidad de las instrucciones dadas a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Resultados esperados:

Mejorar la información recibida por los pacientes atendidos en ARCCA.
Evitar confusiones en las distintas fases del proceso de la cirugía de la catarata.
Aumentar la fluidez de la consulta gracias al conocimiento previo del paciente.
Unificar las instrucciones para facilitar su seguimiento y repetición por parte del personal.
Población diana: pacientes que van a ser sometidos a la cirugía de catarata en ARCCA y sus acompañantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Análisis de los procesos de ARCCA para detectar cuáles son las instrucciones críticas que pueden confundir al paciente y en qué momentos el paciente puede desorientarse o desatender la información dada.
Montar una presentación multimedia con esta información y que sea expuesta en la sala de espera.
Redactar una hoja informativa para la sala de espera.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Elaborar una breve encuesta para el personal sanitario de ARCCA y otra para pacientes y acompañantes; con la finalidad de evaluar la comprensión, impacto y eficacia de la presentación multimedia y la hoja informativa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio elaboración: Mayo-Junio de 2019
Responsables: Juan Pinilla, Alejandro Blasco, Olimpia Castillo
Finalización de la elaboración, plan de comunicación y puesta en marcha: Septiembre de 2019
Responsables: Juan Pinilla, Alejandro Blasco, Olimpia Castillo
Evaluación: Diciembre de 2019
Responsable: Juan Pinilla

9. RECURSOS NECESARIOS.

Suite ofimática para elaborar presentación y folleto.
TV en sala de espera para proyectar la presentación.
Fotocopiadora para imprimir folleto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos

Proyecto: 2019_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**PRESENTACION MULTIMEDIA Y HOJA INFORMATIVA EN LA SALA DE ESPERA DE LA CONSULTA
PREOPERATORIA DE CIRUGIA DE LA CATARATA**

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0166 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

2. RESPONSABLE FELISA BORRAZ ABARDIA
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REDRADO CLAVERIA MARTA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· CASTELLON SOLA ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
· A LO LARGO DEL AÑO LAS TCAES 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. 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. QUIRURGICOS Y GERIATRIA
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0169 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA

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 LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
- SUÑER SUÑER SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

. 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

. A LO LARGO DEL AÑO LAS ENFERMERAS 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. 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. quirurgico y geriatría
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA

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 MONTAVA MIGUEL. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· GARCIA MEDINA PILAR. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· NAVARRO ARNAS JAVIER. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· MONTERDE JAULIN CARLOS. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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 PUEDAN INCORPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Ancianos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. geriatría, cirugía
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_1299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS ORL

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
- NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada es fundamental para la adecuada atención y continuidad en la asistencia a los pacientes. En el momento actual se tiene la impresión de que hay algunas patologías en las que se puede mejorar la atención. Es conveniente abordar de forma conjunta entre Atención Primaria y Especializada los problemas más relevantes en ORL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detectar cuales son los motivos de derivación más relevantes desde Atención Primaria a ORL
Proponer algoritmos de manejo de los problemas clínicos ORL más relevantes para acordar con Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recoger datos de pacientes remitidos desde Atención Primaria (mas de 500 pacientes)
Establecer cuales son los problemas más relevantes remitidos desde Atención Primaria a ORL
Realizar algoritmos de manejo de los problemas ORL mas frecuentes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización del estudio de los paciente derivados a ORL desde Atención Primaria
Realización de los algoritmos de manejo de los problemas ORL más frecuentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril y Mayo de 2019: estudio de las derivaciones de A Primaria a ORL
Junio-Octubre: realización de los algoritmos de manejo de problemas ORLseleccionados

9. RECURSOS NECESARIOS.

ningún recurso adicional

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_1162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PDPCM MEDIANTE ENSCUESTA DE SATISFACCION

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. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- ANDRES GARCIA PILAR. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- LANAU PUEYO MARIA JOSE. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- FRANCO CATALAN CONCEPCION. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- BRINQUIS FELICES ISABEL. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
- BLANCO LATORRE MARIA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

Proyecto: 2019_1162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PDPCM MEDIANTE ENSUESTA DE SATISFACCION

9. RECURSOS NECESARIOS.
Buzones o urnas para recogida de encuestas
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Mujeres
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Detección precoz cáncer de mama
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0493 (Acuerdos de Gestión)

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

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· HORNA DURO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· GALAN SAN MARTIN ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· GARCIA ALDA BEGOÑA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· GOMEZ ALVAREZ AZUCENA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· ORNAT JORDAN MARIA PILAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SOLANS GARCIA ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes que ingresan en nuestra unidad se encuentran en una delicada situación y además tienen un periodo de unos 15 días de incomunicación con la familia y en general con el exterior. Esto tanto para ellos como para sus familiares y amigos es difícil de afrontar y les genera miedo, ansiedad y desconocimiento. Antes del ingreso se les informa en una entrevista y se les entrega un documento, pero es muy extenso y detallado. Pensamos que la elaboración de un tríptico de información y recomendaciones al ingreso en la unidad de trastornos de personalidad y conducta alimentaria (UTPCA) para el paciente y acompañantes, que defina la unidad y aporte consejos generales pero de forma más concisa y clara, sería eficaz y más sencillo de asimilar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- AUMENTAR Y MEJORAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA UTPCA Y EL INGRESO EN LA MISMA TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES.
- DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA.
- AUMENTAR LA MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UTPCA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO.
REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES Y DE OTROS SERVICIOS DE NUESTRO HOSPITAL.
ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO Y PRESENTACIÓN DEL MISMO A TODO EL EQUIPO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

NUMERO DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES A LOS QUE SE LES ENTREGA EL TRÍPTICO .
REALIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DEL TRÍPTICO EN EL EQUIPO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

FECHA DE INICIO: 05/2019
FECHA DE FINALIZACIÓN: 01/2020
1. REUNIÓN DEL EQUIPO: MAYO 2019
2. REVISIÓN DE GUÍAS Y OTROS DOCUMENTOS: MAYO 2019
3. ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO JUNIO 2019
4. PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO A TODO EL EQUIPO Y PUESTA EN MARCHA OCTUBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0576 (Acuerdos de Gestión)

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

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SOLANS GARCIA ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ PLANAS ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Ofrecer un espacio terapéutico grupal de aprendizaje, a la vez que se refuerzan conocimientos adquiridos 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: 2 enfermeras especialistas en salud mental de la UTPCA.
Recursos materiales: sala y sillas, ordenador y proyector (disponible en la UTPCA).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0576 (Acuerdos de Gestión)

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

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0778 (Acuerdos de Gestión)

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

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· MARTIN RIDRUEJO LAURA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· ORNAT JORDAN MARIA PILAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SORO RAMIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Ser capaces de identificar que estilos de apego y crianza han recibido nuestro 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El 80% de las madres de las pacientes seleccionadas con diagnóstico 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de oficina y soporte informático

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. trastornos de la conducta alimentaria
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0778 (Acuerdos de Gestión)

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

Proyecto: 2019_0795 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ESPERANZA INMACULADA VALLS LAZARO
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ ROIG MIGUEL. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La saturación de las consultas de Psicología Clínica en el Centro de Salud Mental debido a la alta demanda y a la escasa ratio de profesionales (no llegan a 4 jornadas completas para un sector de 200.000 personas) hacen que la lista de espera para revisiones y la frecuencias de visitas se alejen de los estándares deseables con revisiones de frecuencia mensual en el mejor de los casos. La necesidad de los profesionales de constatar cambios clínicos y dar pautas junto a la necesidad de los pacientes de mantener contacto con su terapeuta favorecen el uso del correo electrónico de forma incidental. Siendo una práctica aislada y esporádica este proyecto es pertinente en cuanto a que permita canalizar esta necesidad, mejorar la satisfacción de los pacientes, descender el número de visitas fuera de agenda y urgencias y obtener datos sobre la evolución de los pacientes. Especialmente importante es la utilidad que esta vía de comunicación pueda tener para detectar y prevenir conductas suicidas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos son:

Disminuir el número de visitas a urgencias y no programadas de los pacientes en seguimiento en psicología clínica del CSM

Mejorar la satisfacción del paciente

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de programa el 1 de Abril 2019

Fecha de evaluación: 31 MARZO 2020

Se comunicarán los resultados a partir de Diciembre. No se de?ne fecha de ?n de la actividad puesto que se trata de una actividad a iniciar e implantar. El proyecto de evaluación ?nalizara en Marzo

9. RECURSOS NECESARIOS.

No es preciso más que el soporte informático y una impresor

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0795 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

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. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPIEDIATRIA
- LOPEZ MENCHERO GEMA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
- SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. . RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Ecógrafo portátil con simulador en muñeco.
- Aula y Sala de demostraciones en el Servicio de Urgencias

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1189 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

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.
• ALEGRE GALINDO MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
• SALAS LISBONA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
• DIEZ YAGÜE ELENA. ESTUDIANTE DE ENFERMERIA. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 radiodiagnóstico.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Soporte informático e internet

Acceso a la historia clínica del paciente

Acceso a información del servicio de archivos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que se sometan a una prueba radiológica en los próximos 6 meses.

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0285 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

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.
· VILLA GAZULLA MARIA TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUBDIRECCION MEDICA
· LABAT ARAMBURU JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ATENCION PRIMARIA
· CASCANTE MARTINEZ ALICIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. FISIOTERAPIA EN AP
· GARCIA BARREHEGUREN ELENA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BADIOIA VARGAS JARA VICTORIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CIRES ORTIZ RAFAEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0285 (Contrato Programa)**

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Apoyo administrativo para depuración de agendas y buzones.

Apoyo Servicio de informática.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE EL MANEJO DE LA RIZARTROSIS

2. RESPONSABLE FABIOLA HERNANDEZ FLETA

- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- VIZAN IDOIBE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
- LABAD ARAMBURU JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Detectamos en los pacientes que acuden a Terapia Ocupacional para recibir tratamiento de rizartrrosis, ya sea pre-quirúrgico o post-quirúrgico, tienen poca información sobre su patología. Un cuidado postural adecuado y determinadas medidas de economía articular pueden favorecer la evolución del tratamiento y mejorar los resultados del proceso rehabilitador. En las consultas o en las sesiones no tenemos medios visuales para que entiendan qué pasa en su articulación y cómo protegerla.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Esperamos ofrecer información asequible y sencilla a los pacientes de rizartrrosis que acuden a consulta de rehabilitación y a sesiones de Terapia Ocupacional para que entiendan su proceso y aprendan los cuidados a adoptar respecto a su patología, minimizando así las consecuencias de un mal uso y un deficiente cuidado postural.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El equipo diseñará un folleto informativo donde se explique en qué consiste el proceso degenerativo de la articulación trapecio metacarpiana. Ejercicios para potenciar la musculatura y normas de protección articular.

Difusión del folleto en consulta de RHB y en sesiones de Terapia Ocupacional.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de satisfacción sobre la utilidad del folleto. (Encuestas realizadas/Total de pacientes a los que se les ha entregado el folleto) 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril y Mayo: Diseño del folleto.
Desde Junio a Diciembre: Difusión del folleto y recogida de datos en encuesta de satisfacción.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Folios, ordenador y fotocopidora (disponibles en RHB).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE NO HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO SANTAMARIA TORROBA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H NTRA SRA DE GRACIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. REHABILITACION
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• UNTORIA AGUSTIN CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
• ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• LEZCANO CISNEROS AMELIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
• RODRIGUEZ VICENTE CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
• RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. NEUROLOGIA
• VIDAO JUSTE TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. CITACIONES Y ARCHIVOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta el problema cuando el paciente con Ictus en fase no aguda tiene la consulta de médico rehabilitador un día que no coincide con los días que acude a tratamiento en gimnasio de Hospital Royo Villanova (HRV) u Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG). Incluso otro día diferente debe acudir a consulta de Neurología. Puesta en marcha del proyecto ha comenzado en enero de 2019, cuando se observó la lista de pacientes con Ictus en fase no aguda, pendientes de acudir a consulta de médico rehabilitador y neurólogo en días diferentes. Describir funcionamiento de Consulta de Intervencionismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1ª área de mejora. Objetivos: - Establecer de forma reglada el seguimiento de consulta y evolución del paciente con Ictus tras fase hospitalaria. - Consulta del rehabilitador coincidirá con el día del tratamiento en gimnasio o en sala de terapia ocupacional. Ventajas para el paciente: evitar la duplicidad de desplazamiento consulta médico rehabilitador/ acudir al gimnasio y evitar duplicidad de desplazamiento consulta médico rehabilitador/neurólogo. Ventaja para Hospital: optimizar el recurso de la ambulancia. - Continuidad asistencial: A modo orientativo se hará revisión mensual en consulta médico rehabilitador para reevaluar los objetivos del tratamiento rehabilitador (Escala de valoración Barthel, escala de dolor, Escala Rankin) los 6 primeros meses teniendo en cuenta que el establecimiento de la no progresión clínica ocurre en los 6-12 meses postictus. Las sesiones de fisioterapia duran 45 min, se podrán prolongar en el tiempo 6 meses postictus. Guías clínicas del Ictus recomiendan diariamente los 4 primeros meses, a días alternos los 2 últimos, teniendo en cuenta que el tratamiento rehabilitador es proceso limitado en tiempo y orientado a objetivos. La mayor parte de la recuperación que los pacientes experimentarán ocurre en los tres primeros meses tras el ictus. La recuperación prosigue, hasta al menos los seis meses, un 5% de los pacientes hasta el año (Guía de la práctica clínica del Sistema Nacional de Salud) - En cada consulta se valoran objetivos: Mejoría funcional. Continuar formando al paciente y cuidadores. Vigilar mantenimiento de la postura adecuada. Formación en el uso de ortesis y ayudas técnicas. Replantear adaptaciones, ayudas en domicilio para la familia y cuidadores para conseguir una mayor independencia funcional y manejo del paciente. 2º área de mejora: objetivo: Mejoría de espasticidad en paciente con Ictus. La espasticidad evoluciona hacia la cronicidad y se acompaña de fenómenos estáticos por alteraciones de las propiedades de tejidos blandos. Cuando se alteran estas propiedades se instaura fibrosis del músculo, retracciones, deformidades osteoarticulares y dolor. Los pacientes con Ictus candidatos a recibir tratamiento con Toxina Botulínica (TBA) son pacientes con espasticidad focal o generalizada, serán enviados y evaluados por la consulta llamada "Rehabilitación Intervencionista" en HNSG, coordinada por médico rehabilitador de plantilla, dicha consulta tiene una periodicidad de 1 a la semana (3 al mes). Se deriva desde la consulta de otros médicos rehabilitadores, Neurología y Atención Primaria. TBA ha demostrado disminuir el tono muscular en Ictus, aumentar rango articular y mejora de la marcha. Se realiza con dosis mínima eficaz con intervalos de infiltración no más allá de 4-5 meses. EL efecto se inicia en 2-3 días, máximo efecto al mes y mantiene su duración 3-4 meses. Tras la infiltración con TBA podrá realizar tratamiento fisioterápico y/o de terapia ocupacional a días alternos durante 3 semanas en el HNSG/HRV. Al paciente se le realiza un informe señalando los músculos infiltrados para que el terapeuta aproveche el efecto relajante de la toxina. Se realiza seguimiento del paciente cada 4 ó 5 meses en consulta de Intervencionismo independientemente si hace o no tratamiento fisioterápico o de terapia ocupacional, anulando otras consultas de Rehabilitación, con el fin de no duplicar consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones entre el equipo de Rehabilitación: médicos, fisioterapeutas, y administrativa cada 3 meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disminuir el número de visitas al Hospital en paciente que mayormente precisa de silla de ruedas para su desplazamiento. indicadores: - Número de pacientes con Ictus no agudo con consulta de Rehabilitación y Neurología en mismo día - Número de pacientes con Ictus no agudo con consulta de médico rehabilitador el mismo día que acude al gimnasio. - Número de pacientes con Ictus no agudo que acuden como máximo cada 6 meses de forma reglada a Consulta de Intervencionismo para infiltración de espasticidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de implementación es enero de 2019, no hay resultados hasta la fecha. El proyecto se plantea como una actividad continuada y para empezar a realizarlo de manera ininterrumpida

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0458 (Acuerdos de Gestión)

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE NO HOSPITALARIA

- 9. RECURSOS NECESARIOS.
Agenda Consulta de Rehabilitación y Neurología
- 9. RECURSOS NECESARIOS.
Agenda de consulta de Rehabilitación y Neurología
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

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 MANUEL. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 los 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%

Proyecto: 2019_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador con Office (Excel, Word) instalado, impresora, folios

10. 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"

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0478 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

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. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• VIZAN IDOIBE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
• BAÑOS GARCIA CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

Proyecto: 2019_0478 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, impresora, folios, office (Word, Excel).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

2. RESPONSABLE PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GASPAR GOMEZ ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· PAUL FUMANAL ANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recomendaciones de Seguridad emitidas
Notificaciones recibidas*100 / Recomendaciones emitidas
Estándar. > 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal sanitario de todos los servicios hospitalarios con disponibilidad de tiempo para el proyecto.
Aula para reuniones y formación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

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. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· LABRADOR DIAZ ANA MARIE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· COLINA ONTAÑÓN MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GIL EGEA ESMERALDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado. Abril 2019.

Proyecto: 2019_0607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CRITICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE LOS PACIENTES QUE VUELVEN A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DURANTE LAS 72 HORAS SIGUIENTES AL ALTA, EN LOS NIVELES DE TRIAJE III Y IV. VALORACION POR ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ESTHER ARROYO RAMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCARTIN GARCIA CARLOS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· FALCES GARCIA JESUS JAVIER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GUILLEN VIRUETE CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GIL SANCHEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· DAUDEN BURRIEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· DAUDEN BURRIEL MARIA SAGRARIO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· CHICOTE ABADIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las urgencias hospitalarias son un servicio utilizado por la población. En nuestro servicio de urgencias del Hospital Nuestra Sra. De Gracia, se han evaluado diferentes indicadores de calidad, relacionados con la atención de los pacientes, su clasificación con el nivel correspondiente de prioridad en la atención. Se ha planteado utilizar como indicador la tasa de retorno (R.U.) durante las 72 horas siguientes al alta en su anterior visita, también denominado "readmisiones o revisitas" a los servicios de urgencias hospitalarias (S.U.H.). La base para considerar las R.U. como indicador de calidad es la posibilidad de estar influidas por errores en el diagnóstico, en el tratamiento, en el pronóstico durante la atención en la vista médica. También puede deberse entre otras causas a procesos no relacionados con el curso natural de la enfermedad o a la decisión del paciente de hacer un uso inadecuado de las SUH.

Las causas de los retornos a urgencias, podemos agruparlas en 4 grupos:

- .- relacionadas con el paciente
- .- relacionadas con el médico
- .- relacionadas con el sistema sanitario.
- .- relacionadas con la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- .- Valorar y conocer el número de pacientes de retorno a SUH durante las 72 horas siguientes al alta.
- .- Valorar y conocer el número de pacientes de retorno con el nivel IV de triaje durante las 72 horas siguientes al alta.
- .- Valorar y conocer el número de pacientes de retorno con el nivel III de triaje durante las 72 horas siguientes al alta.
- .- Valorar y conocer la proporción de R.U. relacionadas con problemas de calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Este estudio propone una estrategia para corregir errores en el pronóstico, después de valorar las causas que suponen un retorno a urgencias de los pacientes dados de alta, bien por una evolución desfavorable de la enfermedad, o bien, por no poder hacer un seguimiento del proceso. Así mismo, corregir la falta de reevaluación por su médico de A.P. evitando utilizar las urgencias como elemento de seguimiento del proceso inicialmente atendido. Con este estudio se pretende mejorar la calidad asistencial y la utilización adecuada de cada nivel sanitario para sus fines concretos y determinados, evitando incrementos de gastos no productivos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- .- I. Cuantitativos:
 - 1.-Número total de pacientes que retornan a urgencias durante las 72 horas siguientes al alta
/ Número total de pacientes triados.
 - 2.- Número total de pacientes de nivel IV de triaje que retornan a SUH
/ número total de pacientes registrados.
 - 3.- Número total de pacientes de nivel III de triaje que retornan a SUH
/ número total de pacientes registrados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Seguimiento del proyecto los 3 últimos meses del año 2019, desde el 1 de Octubre al 31 de Diciembre. Se realizará un seguimiento por todos los profesionales de enfermería del servicio durante las 24 horas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE LOS PACIENTES QUE VUELVEN A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DURANTE LAS 72 HORAS SIGUIENTES AL ALTA, EN LOS NIVELES DE TRIAJE III Y IV. VALORACION POR ENFERMERIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION PARA LA GESTION DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

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. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
- CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO. TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
- MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- DOMEQUE SAN VICENTE CRISTOBAL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION
- TORREA GARCES VICTOR. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
- RODA GONZALVEZ SOFIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El hospital Rojo 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- La aplicación está definida
- La aplicación está desarrollada
- La aplicación está implantada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recursos adicionales más allá de los componentes del proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION PARA LA GESTION DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas ya que se relaciona con la hospitalización
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• ESTABEN NAVARRO SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• HERRANZ SOLANO FERNANDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• LOZANO PERALES MARIA DEL MAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• MATA PANIVINO MARIA VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• CIRES ORTIZ RAFAEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. CITACIONES Y ARCHIVOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

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 pruebas que nos llegan en papel.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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: escanearemos 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES

% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

% CITOSTÁTICOS

El objetivo es digitalizar ente el 90 y 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reposición inmediata del escáner si dejara de funcionar por cualquier motivo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no hay patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0793 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• MONTEAGUDO RICO CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PALAU ARESTE MARIA MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• GARCIA NAVARRO MARIA MAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• SANTOS BLASCO CLARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• SANCHO FERRER MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
• CLEMENTE MURILLO SARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PACIENTES QUE REALIZAN TODO EL PROCESO QUIRÚRGICO CON LA DOCUMENTACIÓN DIGITALIZADA.

Este indicador lo especificaremos por cada Servicio Quirúrgico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

* 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Multifunciones en las Secretarías para poder seguir incrementando documentación digital de pacientes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0793 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUIRÚRGICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1444 (Acuerdos de Gestión)

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. 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. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• SANJUAN CASAMAYOR PILAR. PEDIATRA. CS SANTA ISABEL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• TORNOS SIMON TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• GARCIA CASTELLANOS TERESA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• TORMO SEMPERE YAIZA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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?

Proyecto: 2019_1444 (Acuerdos de Gestión)

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Reunión de formación Mayo Junio 2019

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala de reuniones CS Actur Oeste

Recursos formativos en Internet

Material para entrenar el uso de los dispositivos disponible en las consultas de Pediatría AP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Niños

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0994 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCOMPULSIVA

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.

- DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
- LOZANO SANCHEZ MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
- GIMENO GIMENO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Visualizar las deficiencias en los pacientes psiquiátricos ante la terapia electroconvulsiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración del seguimiento será de un año.

Se realizarán reuniones periódicas para valorar el protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0978 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ACIN MIGUEL TERESA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA
· CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA
· NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA
· MENDOZA DILOY ABRAHAM. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA
· MUÑOZ DIESTE MARIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 lcardiopatas 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

.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).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

· 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 Medico 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 PREVENCIÓN 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 un 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. Anotara 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se monitorizara los pacientes incluidos en programa, e indicadores de subprocesos, tiempos de demora de inclusión e inicio de programas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Implantación en 2019 a pacientes de áreas I, II y III, con criterios de inclusión y edades menores de 70 años. Duración indefinida

9. RECURSOS NECESARIOS.

Optimización de recursos actuales. Requerirá incremento de horas de fisioterapeutas y de psicólogo asignados a la Unidad de rehabilitación cardiaca

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0978 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_1247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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 ASUNCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- ALIACAR MUÑOZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-ECG de 12 derivaciones en cada visita: descripción detallada del mismo en relación con el total de pacientes visitados.

-Árbol 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.

Proyecto: 2019_1247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. 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.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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 pondrán soluciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se iniciará desde el 2 mayo y se continuará de forma indefinida. Se cuantificarán los resultados durante 4 meses para una posterior evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1297 (Acuerdos de Gestión)

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

2. RESPONSABLE 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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
• ALIACAR MUÑOZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1297 (Acuerdos de Gestión)

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

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- ALIACAR MUÑOZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
- FITENI MERA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

Proyecto: 2019_1470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

-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.
-Número de pacientes que han sido referidos a la unidad de IC avanzada del Hospital Universitario Miguel Servet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se iniciará desde el 2 mayo de 2019 y se valorarán los resultados en 1 año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ya se disponen

10. OBSERVACIONES.

El proyecto inicial ya fue enviado el 15/04/19, con número 1433.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GONZALVO GONZALEZ MARIA ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CROS MONTALBAN BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA EGEEA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLAS LAINA JUAN LUIS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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 items 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Difusión del proyecto: enero - febrero 2019
- Registro de datos: marzo - diciembre 2019
- Realización de encuestas: marzo - diciembre 2019
- Medición de resultados: enero - febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recurso adicionales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMATICA DE EDUCACION CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BLAS LAINA JUAN LUIS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- VERDEJO GRAIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
- TOLON SORDO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
- TORREA GARCES VICTOR. TECNICO ANALISTA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
- GRAN SERON SANTIAGO. TECNICO ANALISTA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
- LARREA GIMENO JOSE LUIS. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 presentados 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 presentará 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 trabajadores del bloque quirúrgico evaluando su impresión, opinión y nivel de aceptación, así como posibles sugerencias referente al proyecto implementado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se requieren recursos materiales adicionales a los ya disponibles en el centro hospitalario. Se requerirá como recurso humano 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.

10. 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 es de bajo coste y de utilidad para todos los trabajadores, por lo que pensamos que es un modelo que podría ser susceptible de exportarse a otros servicios del hospital o incluso a otros hospitales del SALUD.

Proyecto: 2019_0195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMATICA DE EDUCACION CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología quirúrgica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0259 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

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.

- BORLAN ANSON SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BONO ARIÑO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0259 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Proyecto: 2019_1214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGÍAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GARCIA AGUILERA DAVID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FERRER PEIRON SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ROY ASENSIO LYDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
- BOROBIA BONEL RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
- BORDONADA BAILON JORGE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Septiembre 2019-Septiembre 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sistema de obtención de PRP ACP Arthrex del bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova / Nuestra Señora de Gracia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1287 (Acuerdos de Gestión)

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

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ARROYO RUBIO ERNESTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- LARRIBA JAIME ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 Rojo 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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".

Proyecto: 2019_1287 (Acuerdos de Gestión)

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

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 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador para la realización del documento-plantilla.
Historias clínicas del paciente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1335 (Acuerdos de Gestión)

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

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. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de la actividad quirúrgica el 6 de junio de 2019, sin fecha de cese.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Sustitución por CMA u otras

Proyecto: 2019_1325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE AT. PRIMARIA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- CONEJERO DEL MAZO RAQUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- FUENTELESAZ DEL BARRIO VICTORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- DEL PRADO SANZ MARIA ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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).

Proyecto: 2019_1325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE AT. PRIMARIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Entorno informático seguro por parte del SALUD.
- Cámara fotográfica y dermatoscopio en consultas de Atención Primaria y Dermatología.
- Tiempo para entrenamiento específico en las tecnologías de la información y comunicación necesarias para el proyecto (formación)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Se estudiará qué tipo de patología.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0626 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPATICA

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 OROSIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
• ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
• VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• MONTOYA ARENAS JOSE JONATHAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
• FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• MENAL MUÑOZ PATRICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es la causa mas frecuente de hepatopatía crónica en nuestro medio y se prevé 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 asi 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 identificar 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 morbimortalidad 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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunion 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 hepatoscan.
- Se adecuarán si es necesario las agendas de los profesionales implicados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Análisis del perfil epidemiológico de la EHNA en las poblaciones de riesgo de nuestro medio:

-Prevalencia de estosis 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

Proyecto: 2019_0626 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPATICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 / fibroscan 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ecógrafo

Fibroscan (cesion gratuita a través de la AEEH).

Consultas específicas para realizar ecografía y consulta de hepatoscan

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE AUTOFORMACION, GESTION Y GENERACION DE CONOCIMIENTO EN LAS SECRETARIAS DE DIRECCION DEL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE GESTION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· UTRILLA ESTEBAN JULIANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION
· INAREJOS RUIZ EMILIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION
· LOPEZ MUÑOZ MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION
· CASTILLO ZAFORAS MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. DIRECCION
· GRACIA GUERRERO LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. DIRECCION
· AVELLANA MARTINEZ PEDRO JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· GARCIA GARCIA INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z1. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Sector Zaragoza I cuenta con varias Secretarías de Dirección ubicadas en los dos centros hospitalarios: Royo Villanova y Nuestra Señora de Gracia; y en la anterior Gerencia de Sector sita en Parque Goya, donde se localizan tres correspondientes a: Dirección de Atención Primaria, Unidad Docente y Secretaría de Subdirección de Gestión.

Al margen de las tareas propias de la especialidad del apoyo que presta cada Secretaría a su Dirección correspondiente, existen unas tareas básicas y comunes, que en ocasiones requieren de comunicación y colaboración entre cada una de ellas, siendo consultadas y gestionadas vía telefónica, correo electrónico y valija.

En determinadas ocasiones, tales como la necesidad de formación ante cambios o incorporaciones de personal, o la gestión de trámites más usuales en otras secretarías, se da apoyo telefónico mutuo, se facilitan plantillas, información sobre la localización de personas o teléfonos y nociones sobre cómo realizar diferentes gestiones y trámites. Así por ejemplo, la Secretaría de Unidad docente debe conocer además de sus tareas propias, las básicas de la Secretaría de Dirección de Atención Primaria; las Secretarías de Dirección Médica de Atención Especializada deben conocer también las tareas de la Dirección de Enfermería y ésta a su vez las de la Dirección Médica, ya que se sustituyen en los permisos; por su parte la Subdirección de Gestión precisa de la colaboración e información procedente de todas ellas. En cuanto a los centros hospitalarios, tienen la necesidad de compartir información y correspondencia propia de las comunes direcciones: Médica y de Enfermería, entre otros muchos aspectos en los que comparten competencias, por lo que sería deseable consensuar y unificar criterios, plantillas y funciones comunes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Compartir entre todas las Secretarías información de uso general que contribuya a la reducción de tiempos y papel, mejora de la calidad del trabajo, celeridad en las gestiones y conocimiento y actualización de los procedimientos, actividad que supone al mismo tiempo formación y generación de conocimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Para respuesta a las necesidades y solucionar los puntos críticos detectados se compartirán entre otros los siguientes tipos de documentos e información: Protocolos de bienvenida y acogida, protocolos de actuación, procedimientos administrativos, diferentes bases de datos, plantillas y modelos de múltiples documentos, directorios telefónicos de Atención Especializada, Atención Primaria, Servicios Centrales del Servicio Aragonés de Salud y Departamento de Sanidad, etc.

2. Para consensuar contenidos y métodos de colaboración, así como unificar los recursos, plantillas, protocolos y procedimientos a utilizar, será preciso mantener varias reuniones presenciales, en las que se determinará la información a compartir, mediante el análisis de la situación de cada Servicio, con definición de sus puntos críticos.

3. Para dar respuesta a las necesidades y solucionar los puntos críticos detectados, crearemos una carpeta grupal compartida en una unidad de red a la que tendrán acceso para creación y modificación de documentos y archivos, las personas designadas en las correspondiente Secretarías de Dirección del Sector I.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El proyecto mostrará resultados a través del número y tipo de documentos insertados en un índice creado en un documento Excel, en el que se identificará a cada colaborador por un nombre de usuario, pudiendo valorar también la participación de cada persona en un periodo de tiempo, así como la regularidad de dicha participación y utilidad del material compartido. La información que deba ser completada o actualizada por varias personas, tendrá una indicación complementaria figurando además fecha, validación y finalización.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto tiene carácter continuo pero podrá valorarse periódicamente.

Fecha de inicio: iniciado

Reuniones: abril, junio, septiembre de 2019

Revisión resultados: enero de 2020

Proyecto: 2019_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE AUTOFORMACION, GESTION Y GENERACION DE CONOCIMIENTO EN LAS SECRETARIAS DE DIRECCION DEL SECTOR ZARAGOZA I

9. RECURSOS NECESARIOS.

Solo se precisa la colaboración de las Secretarías de Dirección del del Servicio de Informática. Recursos: carpeta compartida y documentos que aportarán las respectivas secretarías. Existe la posibilidad de utilizar otros recursos informáticos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0322 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• MARTIN AZNAR NOEMI. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• LOPEZ ALCUTEN EVA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• ORGA SANZ ASUNCION. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• FUERTES AGUSTIN PILAR. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 al 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0322 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRANSEXUALIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ATENCION PRIMARIA
· ALBERO MARCEN INES. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· FUERTES AGUSTIN PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· LOPEZ ALCUTEN EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ORGA SANZ ASUNCION. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MARTIN AZNAR NOEMI. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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. Los 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 la salud involucrados en la asistencia de mujeres con DG no optimicen el asesoramiento dado a este respecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- En todas las pacientes con diabetes gestacional se les da 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes con diabetes gestacional previa que son reevaluadas tras el parto (>70%).

Proyecto: 2019_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

- % 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%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero-septiembre-2019 de forma retrospectiva se analizaran 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION DE LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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.
• PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• DUEÑAS TURON MARIA PILAR. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• BENTURA ALMAZOR MARIA ASUNCION. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• DE LA PEÑA PEIRO GUERRERO MARIA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Continuación de la implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 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 redactó en 2018 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 formó 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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)x100

Proyecto: 2019_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION DE LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Estanterías para ampliar la capacidad de almacenamiento y poder ordenar los medicamentos por principio activo en el almacén del Servicio de Farmacia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• PEÑA GONZALEZ ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• ALAYA OTO VIOLETA AUREA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• PEREZ VELA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
• MURILLO ANDRES MARIA ROSA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La prescripción electrónica es una herramienta segura y eficaz que evita errores de prescripción, transcripción, preparación y administración de medicamentos. Al están 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador: Numero de prescripciones electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones. El valor que se espera alcanzar es el 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Junio 2018 - Revisión de los protocolos.
Septiembre - Octubre 2018 - Formación a médicos prescriptores y enfermería. Noviembre 2018 - Implantación de la prescripción electrónica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0776 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HRV

2. RESPONSABLE MIRIAM MARCO GARCIA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MENDOZA BOLLO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LABUENA VELA NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• PASAMAR MILLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• SAZ SOLER MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• RUJULA AZNAR MARGARITA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• PORTUGAL GARCIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En febrero de 2018 se instauró el Servicio de Hematología en la unidad 1ªB 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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- * Elaboración del procedimiento de actuación: abril 2019

Proyecto: 2019_0776 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HRV

- * 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.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- * Ordenador a través del cual se llevará a cabo la creación del check list.
 - * Papel tipo folio donde se imprimirá el Check list de creación propia.
 - * Bolígrafos para rellenar el Check list.
 - * Carpeta y/o archivador donde clasificar el papel recogido.
10. 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.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0986 (Acuerdos de Gestión)

1. 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"

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ
· Profesión PSIQUIATRA
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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...

Proyecto: 2019_0986 (Acuerdos de Gestión)

1. 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"

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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 2020: 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: profesionales del equipo y tiempo del equipo asistencial.

Recursos materiales: acceso a internet, ordenadores, impresora, tinta,

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adolescentes/jóvenes

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VÍA CLÍNICA

2. RESPONSABLE ISABEL FITENI MERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MATIA SANZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
- CABALLERO ASENSIO RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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)

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Base de datos del Servicio, ya existente.
- Programa de estadística informatizado, previsto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0760 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

2. RESPONSABLE ESTHER SOLIS PASTOR

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ ASENSIO SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- YAGUE NOGUE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GRACIA ASO NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- TERREN PUIG GEMMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- VELA PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GARCIA PAYA LUCIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO, VEMOS LA NECESIDAD DE IMPLANTAR UN REGISTRO DE ENFERMERIA, PARA SABER EN QUE FECHA SE HA REALIZADO CUALQUIER TÉCNICA ENFERMERA, Y ASI SERNOS DE AYUDA PARA REALIZAR UNA CORRECTA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS, ASÍ MISMO PENSAMOS QUE LA CREACIÓN DE UN REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA DAR UNA BUENA CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE. OBSERVAMOS POR EJEMPLO, QUE LOS CATÉTERES IV O SC SE RETIRAN POR EL DETERIORO DEL MISMO ANTES QUE POR UN PROTOCOLO QUE ESTABLEZA UN NÚMERO DE DÍAS PARA SU RECAMBIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

PODER IMPLANTAR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LAS TÉCNICAS DE CUIDADOS EN CUANTO A SU TIEMPO DE REALIZACIÓN. LA POBLACION DIANA SERA TODO PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO QUE PRECISE DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

SE CREARÁ UNA HOJA DE REGISTRO PARA ASÍ PODER REFLEJAR TODO TIPO DE CURAS, CATÉTERES, SONDAJES Y TODAS TÉCNICAS ENFERMERAS.

SE CREA UNA BASE DE DATOS A LA QUE TRASLADAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS HOJAS DE REGISTRO.

EN EL CAMBIO DE TURNO SE COMUNICARÁN LAS INCIDENCIAS REFLEJADAS EN LOS REGISTROS PARA QUE TODO EL EQUIPO TENGA CONOCIMIENTO DE ELLOS.

LA RECOGIDA DE DATOS SERA UTILIZADA EN FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

CONSEGUIR UN REGISTRO DE UN 90% DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAREMOS DE ABRIL A DICIEMBRE DE 2019, FRENTE A LA AUSENCIA DE LOS MISMOS EN AÑOS ANTERIORES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

SE LE COMUNICARÁ A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO LA NECESIDAD DE UNA EXHAUSTIVA RECOGIDA DE DATOS. LA DURACIÓN SERÁ DESDE EL 1 DE ABRIL DE 2019 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

MATERIAL DE OFICINA: FOLIOS, IMPRESORA, ETC.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0765 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

2. RESPONSABLE SUSANA MARTINEZ ASENSIO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLIS PASTOR ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- YAGUE NOGUE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GRACIA ASO NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- TERREN PUIG GEMMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- GARCIA PAYA LUCIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
- VELA PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros socio-sanitarios 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios. Proporcionar cartelera 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración será del 1 de abril al 31 de diciembre de 2019. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de oficina. Proyector y ordenador para las charlas ofrecidas. Material de aislamiento para su explicación durante las charlas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ACCESO A BUSCADOR-GUIA FARMACOTERAPEUTICA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA EN INTRANET DE SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE SANTIAGO GRAN SERON
· Profesión TECNICO ANALISTA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
· VARELA MARTINEZ ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MONCIN TORRES CARLOS ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

El Servicio de Farmacia del Hospital Royo Villanova permanece abierto todos los días en horario de 07:30 a 21:30, salvo los festivos en que el horario es reducido: de 10.00 a 17:00. Por otra parte los farmacéuticos del Servicio únicamente están presentes en horario de 07:30 a 15:30 de lunes a viernes (salvo festivos). Las citadas restricciones horarias hacen que muchas consultas sobre disponibilidad de medicamentos no puedan ser resueltas de forma inmediata. Por ello es necesario disponer de un acceso que sea fácil de usar para todo el personal sanitario de forma que en todo momento se pueda consultar la disponibilidad de medicamentos y su ubicación para poder disponer de ellos con independencia de la presencia de personal en el Servicio de Farmacia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es que en la intranet del Sector I se pueda disponer de un lugar accesible en el que poder buscar si está disponible en el hospital un determinado medicamento, con opción a poder buscarlo tanto por nombre comercial como por principio activo, así como obtener en la misma búsqueda información sobre la ubicación en el Servicio de Farmacia (almacén, neveras 1, 2, 3, 4 o 5, psicótopos, estupefacientes, externos, noGFT, citostáticos, etc). Debe ser una información permanentemente actualizada. Para ello se configurará el buscador con acceso a la base de datos de medicamentos de Farmacia (aplicación FarmaTools)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Definir los campos de información (Servicio de Farmacia)
2- Definir la ubicación en la intranet (Dirección Médica, Servicios de Informática y Farmacia)
3- Diseño del buscador mediante las herramientas informáticas adecuadas (Servicio de Informática)
4- Información al personal médico y de enfermería de la existencia, características, ubicación y utilidad del buscador.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Presencia del buscador en la intranet del sector. Estándar: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1- Definir los campos de información (Servicio de Farmacia): marzo 2019
2- Definir la ubicación en la intranet (Dirección Médica, Servicios de Informática y Farmacia): marzo 2019
3- Diseño del buscador mediante las herramientas informáticas adecuadas (Servicio de Informática):
abril-septiembre 2019
4- Información al personal médico y de enfermería de la existencia, características, ubicación y utilidad del buscador: octubre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No requiere recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Afección del paciente de manera indirecta. De uso para personal sanitario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA DEL TRABAJO
- GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA DEL TRABAJO
- ACON GARCIA ASCENSION. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA DEL TRABAJO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

PC para realizar la encuesta. No se precisan recursos económicos.

10. OBSERVACIONES.

Es un proyecto que se puede extrapolar a cualquier unidad o servicio.

Proyecto: 2019_0783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0838 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION AVANZADA E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE GABRIEL ANGEL 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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- LEON CINTO CRISTINA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- RAMOS ALDA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- EZPELETA GALINDO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- QUÍLEZ PERNIA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- LAZO VEGA DIANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
- GONZALEZ CABALLERO ANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una memoria de todas las actividades realizadas.
Se colgaran en la intranet todos los documentos elaborados en este proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realizará a lo largo de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La realización de este proyecto se realizará de forma multidisciplinar, por parte del personal de la UCI del HRV con la colaboración del personal técnico de Philips

Proyecto: 2019_0838 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION AVANZADA E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermo Crítico
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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.
• ROMAN BUENO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
• SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
• PASAMAR MILLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
• PALAZON FRAILE CLAUDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
• DIEZ MASSO FABIOLA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
• MUÑOZ MARTIN SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• DIAZ LAMARCA SOFIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Proporcionar un cuidado de calidad y garantizar la seguridad son derechos fundamentales de los pacientes. Para la Organización Mundial de la Salud la seguridad del paciente es la disminución de riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable para lo cual es necesario realizar acciones adicionales para prevenir los eventos adversos. Hay situaciones en las que el paciente debe ser trasladado a otro servicio de hospitalización dentro del mismo hospital, pudiendo incrementar el riesgo para que ocurran eventos adversos. La seguridad del paciente en el escenario de transporte se puede lograr con el uso de equipos apropiados, personal capacitado y el desarrollo de protocolos específicos.

La movilización y traslado de pacientes de una unidad a otra de hospitalización involucra directamente a los profesionales de la enfermería pues son, en gran medida, los encargados de ejecutar esta práctica. Para lograr que se realice de una forma eficaz y segura, el objetivo de este proyecto es implantar un listado de verificación con el fin de disminuir la incidencia de eventos adversos durante el proceso del traslado del paciente y dicha transferencia se realice de forma que garantice la continuidad en los cuidados.

En la actualidad no existen ningún listado de verificación del traslado intrahospitalario entre los diversos servicios de Hospitalización que constituya un registro donde poder analizar los errores y poner medidas correctoras que permitan minimizar los efectos adversos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar con detalle todos los aspectos del proceso del traslado intrahospitalario de pacientes en nuestro hospital mediante la realización de un listado de verificación (check-list) con el fin de:

- Mejorar la seguridad del paciente,
- Mejorar la calidad en la atención y la continuidad en los cuidados del paciente.
- Reducir los errores asociados al proceso,
- Mejorar la recepción del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar un listado de verificación que recoja los aspectos más importantes contemplados en el cartel con el procedimiento de traslado intrahospitalario implantado en las unidades de hospitalización en el 2018.
- Informar al personal de enfermería sobre la correcta cumplimentación del check-list en todos los traslados que se realicen en la unidad.
- Dotar a todas las unidades del impreso con el listado de verificación y reservar un lugar en cada servicio para su correcta compilación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recopilación de todos los checklist realizados en cada traslado intrahospitalario de pacientes.

Medición del porcentaje de realización alcanzado.

Revisión de la correcta cumplimentación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: realización del check-list.

Abril: información y formación al personal de enfermería sobre la correcta cumplimentación del check-list y lugar de recogida.

Mayo: implantación del chek-list.

Cada tres meses revisión del procedimiento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Fotocopias del check-list

Proyecto: 2019_0547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes de distintas patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0550 (Acuerdos de Gestión)

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

2. RESPONSABLE CLAUDIA PALAZON FRAILE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· OVEDE GARCIA PILAR. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ROMEO MUÑOZ EVA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· BOSQUE JULIAN ELISABET. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· RODRIGUEZ CASO MARIA ISABEL. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· RUBIO TURRUBIA MARIA GEMA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· QUINATOYA PARRA GABRIELA PAOLA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recopilación de los check-list realizados en cada revisión de carros a lo largo de todo el año.

Evaluación trimestral del procedimiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: realización del listado

Abril: información y formación al personal TCAE mediante reunión.

Mayo: implantación del check-list

Cada tres meses revisión del procedimiento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Fotocopias del check-list

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0550 (Acuerdos de Gestión)

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

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0591 (Acuerdos de Gestión)

1. 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

2. RESPONSABLE MARTA 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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· CABALLERO ASENSIO RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ferroterapia 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Administración de ferroterapia 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0831 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISION DIFERENTE

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. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. INGENIERIA
• AYALA ALARCON BYRON. ESTUDIANTE DE INGENIERIA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. INGENIERIA
• MATIA SANZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
• FITENI MENA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
• SEVIL PURAS MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
• MARTINEZ ASENSIO SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
• GRACIA ASO NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 elastoméricas 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".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

Proyecto: 2019_0831 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISION DIFERENTE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Queda a decisión por parte del Equipo de Ingeniería el apartado/punto de mejora sobre el que realizarán el desarrollo de soluciones/productos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Medicina Interna
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0496 (Acuerdos de Gestión)

1. 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

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. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• FRANCISCO SALAS RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

Proyecto: 2019_0496 (Acuerdos de Gestión)

1. 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

adecuadas

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0190 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ROMERO PERULAN
· Profesión TCAE
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRUGA PABLO MARIA ISABEL. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BAQUEDANO CORTES CONSUELO. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· MAYORAL MORENO ISABEL NATALIA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· RIVAS ANTOLIN MARIA CARMEN. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· JIMENEZ MILLAN VANESA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

Proyecto: 2019_0190 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

9. RECURSOS NECESARIOS.

- recursos materiales para la elaboración del póster, reprografía...
- separadores para adecuar espacios en los carros.
- reparación efectiva o reposición de los carros antiguos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales de la planta de hospitalización de neumología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• GRACIA PEREZ JUAN CARLOS. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• GARCIA CLEMENTE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• ANADON GALICIA EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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 deshabituación 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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).

Proyecto: 2019_0447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Excel y fotocopias del tríptico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• GRACIA PEREZ JUAN CARLOS. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• PEREZ JIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
• CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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 (sí/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%)

Proyecto: 2019_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TECNICAS BRONCOSCOPICAS Y PLEURALES

- 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%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Base de Datos Excel. La comunicación con Jefes de Servicio, médicos y supervisores se realizará por mail.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· JIMENEZ MILLAN VANESA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PARDOS VAL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SARRABLO IRANZO MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

-la puesta en marcha en el primer trimestre de 2018 de una unidad de monitorización respiratoria(UMR) en el servicio de neumología del hospital Royo Villanova,nos llevó a presentar a los acuerdos de gestión de 2018 un proyecto que incluía: la realización de un protocolo de cuidados de enfermería para los pacientes que ingresen en dicha unidad y la posterior revisión de su implementación a los seis meses de su puesta en marcha.
El protocolo se ha desarrollado y hemos conseguido ponerlo en marcha en enero de 2019 pero nos falta hacer la revisión antes nombrada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Mantener la aplicación del protocolo en los pacientes que pasen por la unidad, con el fin de garantizar la mayor calidad de los cuidados
-Monitorizar la implementación del mismo
-Difundir el protocolo a otros servicios que lo soliciten, puesto que en parte es aplicable a cualquier paciente sometido a ventilación mecánica no invasiva aunque no esté monitorizado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Seguir registrando a los pacientes que pasen por la unidad
-Hacer dos revisiones semestrales de historias de pacientes que hayan pasado por la unidad para comprobar que se les ha aplicado el protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Elegir aleatoriamente un número significativo de historias de pacientes que hayan pasado por la unidad de monitorización durante los últimos seis meses y ver si está cumplimentada la hoja de registro incluida en el protocolo diseñado.Dicha hoja será el indicador de que a ese individuo se le ha aplicado el protocolo de cuidados de enfermería del paciente ingresado en -Registrar al 100% de los pacientes que pasen por la unidad de monitorización. la UMR
-Calcular el nº de pacientes con protocolo aplicado/nºde pacientes ingresados en la UMR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-JUNIO 2019,se hará una primera revisión de historias
-DICIEMBRE 2019,se hará una segunda revisión y se dará por sistematizada la implantación del protocolo en el servicio y por culminado este proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se requiere de ningún recurso extraordinario

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Proyecto: 2019_0485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FERNANDEZ GAONA EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· LOPEZ ROMERO LIDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· EGEA GONZALEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· GRACIA PEREZ JUAN CARLOS. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica
Elaboración de los procedimientos
Realización de Sesión Clínica
Tramitación de la aprobación a Comité de Cuidados de Enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Presentación de los procedimientos a Comisión de cuidados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº DE PACIENTES Y Nº DE CONSULTAS POR PACIENTE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se iniciará los miércoles durante dos horas, empezando el mes de abril del 2019 y no se tiene previsto anularlo salvo efectos ineficaces.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisa una línea telefónica directa con el exterior desde la consulta de enfermería Box nº 3 Pediatría

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Informar al personal sanitario de las formas de derivación de los pacientes, y criterios de inclusión de los mismos.
- Repartir tríptico a los pacientes EPOC-fumadores al ingreso.
- Repartir tríptico al personal trabajador del hospital junto con su contrato.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de pacientes EPOC -fumadores hospitalizados vistos en UDT
- N° de trabajadores de hospital vistos en UDT

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de reprografía, a ser posible fotocopias en color.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0499 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· CLAVERIA MARCO PALOMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIOLOGICO
· REMON GARIJO MARIA LOTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARQUEZ MEDINA DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· FERNANDEZ GAONA EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

- Mayo 2019- diciembre 2019: desarrollo del protocolo y valoración de déficits y mejoras
- Enero-febrero 2020: Difusión en plataformas del Sector Sanitario

9. RECURSOS NECESARIOS.

disponibilidad de Interconsulta Virtual de la Historia Electrónica y de sistema ágil de comunicación telefónica con el paciente o su entorno, para informar de las pruebas diagnósticas a las que va siendo sometido. Ambos, ya disponibles.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0499 (Acuerdos de Gestión)

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PUNCIÓN LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finalización del documento antes de diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acceso a internet, impresión de documentos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0675 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA

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.
· VELAZQUEZ BENITO ALBA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LATORRE GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium es una alteración transitoria del estado mental, con lo siguientes criterios diagnósticos según el Manual diagnóstico y estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5):

- Alteración de la atención y la conciencia
- Inicio agudo o subagudo con fluctuaciones
- Disfunción cognitiva (afectando a lenguaje, memoria, capacidad visoespacial, orientación o percepción de estímulos)
- No existe una disminución previa severa del nivel de conciencia (coma)
- El origen del cuadro es un trastorno orgánico (afecciones médicas, abuso o abstinencia de sustancias, exposición a toxinas o varias causas a la vez)

El SCA es más frecuente en pacientes ingresados mayores de 65 años, sobre todo en períodos postoperatorios, unidades de cuidados intensivos y pacientes en situación paliativa.

Existen factores de riesgo que a la vez actúan como precipitantes, como son: el envejecimiento cerebral fisiológico, patologías cerebrales previas crónicas o agudas (enfermedad cerebrovascular, deterioro cognitivo, trastornos afectivos, infecciones del sistema nervioso central), situación funcional previa alterada (dependencia por alteración cognitiva o por movilidad reducida), fármacos (psicotrópicos, anticolinérgicos, sedantes, antiarrítmicos cardíacos, litio, analgésicos y anestésicos fundamentalmente), desnutrición y alteraciones metabólicas, privación sensorial previa o alteración en ritmo vigilia-sueño, cirugía reciente, infección activa o dolor mal controlado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un protocolo para la atención y tratamiento del SCA en pacientes ingresado en el servicio de neurología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar un protocolo para la atención y tratamiento del SCA en pacientes ingresado en el servicio de neurología, para unificar tanto el tratamiento como la petición de pruebas complementarias ante este diagnóstico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Aunque el protocolo se aplicará en pacientes que estén ingresados a cargo de Neurología, podrá ser utilizado por el resto de servicios médicos. A su vez se valorará por el Servicio de Calidad del hospital para poder incorporarlo a Intranet del sector I. Se propondrá la participación de servicios como geriatría y psiquiatría.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión de documentos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LA DEMENCIA

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.

- BERNAD POLO JUAN MANUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- ROBLES CARRASCO MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
- SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
- VALLESPI CANTABRANA ANA. PSICOLOGO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- LASALA HERNANDEZ ELISA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
- MARGOLLES GARETA SILVIA. MIR. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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. La demencia es la quinta patología en incidencia y prevalencia (entre el 5.2-14.9% de las personas > 65 años).

Este Proyecto de actuación conjunta de Geriatria/Neurología/Psiquiatría/Atención Primaria surge de la detección de varios problemas en la atención a la misma:

- Orientación del paciente con demencia muy variable con duplicidad de citas, repetición de pruebas complementarias.
- Discrepancia en algunos tratamientos lo que conlleva dudas entre los cuidadores.
- Desorientación de los cuidadores respecto a qué Servicio o Especialidad debe atenderles.
- Abuso de la atención en urgencias por complicaciones o retraso en citación y revisiones.

Existe coordinación entre Geriatria, Psiquiatría y Neurología del Sector Zaragoza I para la atención de pacientes con demencia, esta uniformidad no es completa y existen todavía disparidad de criterios diagnóstico-terapéuticos y duplicidad de atenciones con aumento de coste y sobrecarga al cuidador. La uniformidad de los criterios establecidos es fundamental para la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Es un proyecto a largo plazo con el que queremos oficializar esta coordinación y verter las ideas en una Guía de Atención a la Demencia en el Sector I de Zaragoza que esté consensuada entre todos los servicios médicos implicados (Neurología, Geriatria, Psiquiatría y Atención Primaria) que permita una atención eficiente, uniforme y de calidad que redunde no solo en una mejor asistencia sino también en una mejor gestión de los recursos existentes.

- El primer objetivo es evitar las duplicidades
- Explicar los criterios de derivación al especialista y el modo (normal o preferente) desde MAP y con qué pruebas hechas (analítica sanguínea y Test mentales).
- Establecer los mismos criterios diagnósticos de demencia y de sus diferentes subtipos.
- Unificar las escalas de valoración funcional, cognoscitiva, conductual y evolutivas.
- Unificar los tratamientos sintomáticos y específicos y delimitar desde cuándo y hasta cuándo llevar el tratamiento.
- El modo de atención y seguimiento de determinados síntomas y el tratamiento de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones mensuales entre todos los colaboradores del equipo del grupo

- Elaborar de modo consensuado la GUIA
- Establecer los puntos de derivación de los pacientes con sospecha de demencia a cada uno de los Servicios (Neurología, Psiquiatría, Geriatria) por parte de Atención Primaria en base a criterios de edad o tipo de comorbilidad
- Unificar criterios de diagnóstico y Pruebas Complementarias en función de la sospecha clínica, la edad y la situación cognoscitiva.
- Criterios de inicio y supresión del tratamiento específico tipo de tratamiento.
- Indicaciones y tipo de tratamiento sintomático y de las complicaciones
- Pautas de atención desde Psiquiatría, Neurología, Geriatria o por Atención Primaria.
- Criterios de derivación normal, preferente o urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de pacientes valorados por posible demencia por primera vez en Geriatria/ nº total de paciente valorados por primera vez en Geriatria durante un mes

- Nº de pacientes valorados por posible demencia por primera vez en Neurología/ nº total de paciente valorados por primera vez en Neurología durante un mes

Proyecto: 2019_1438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLO DE ATENCION A LA DEMENCIA

- N° de pacientes valorados por posible demencia por primera vez en Psiquiatría/ n° total de paciente valorados por primera vez en Psiquiatría durante un mes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto deberá permitir la puesta en marcha de reuniones periódicas mensuales y establecerla de forma permanente en la Cartera de Servicios del Servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia, de la Sección de Neurología y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Royo Villanova así como de los Equipos de Atención Primaria del Sector I.

Tan pronto como se confirme la concesión del Proyecto se establecerá un calendario coordinado con todos los componentes del equipo hasta la elaboración definitiva de esta GUIA consensuada de actuación en la demencia.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reunión mensual. Se precisará la asistencia de médico Geriatra, Psiquiatra, Neurólogo y Atención Primaria y de forma puntual, otros miembros del grupo que también participan en la elaboración de la Guía como son Psicólogo, Enfermera de Atención Primaria y Consulta del Cuidador, Trabajadora Social, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional.

- Elaborar Base de Datos (Excel) compartida
- Acceso a datos de pacientes que acuden por primera vez a Consultas de Neurología, Geriatria y Psiquiatría.
- Acceso a Google Drive para compartir documentos y archivos del Grupo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

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. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA VIÑALES CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No es necesario ningún recurso económico adicional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS EN PATOLOGIA AGUDA

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDO MARTINEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ANDRES NILSSON ANA KARIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
• BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
• CASTAN LARRAZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
• GARCES GOMEZ RAQUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
• GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• GONZALEZ PEREZ JESUS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
• MIGUEL LLORDES GLORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existe amplia evidencia científica (Nivel 1 grado de recomendación A, Guía multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010), sobre la utilidad del uso de probióticos en GEA y prevención de diarrea asociada a antibióticos, pero al ser productos no financiados, su adquisición depende del consejo del pediatra, por lo que es muy importante la formación adecuada del profesional y su implicación en la información a las familias.

Sin embargo, en los servicios de urgencias, no se realiza recomendación sistemática de probióticos, y las consecuencias son, peores resultados en salud, aumento del uso de recursos humanos y gasto sanitario por lo que se planteó mejora de este aspecto de la calidad asistencial mediante proyecto presentado en el año 2016/1343.

La participación en dicho proyecto ha permitido mejorar la formación de los profesionales, lo que se ha traducido en una mejor calidad asistencial de los niños atendidos durante su implementación, por lo que consideramos que una vez iniciado este proyecto, debe incluirse la recomendación de probióticos, dentro de la práctica habitual del servicio de urgencias pediátricas, dándole continuidad en los años posteriores (2017-2018-2019). Asimismo, se han detectado posibles puntos de mejora, pues la presión asistencial puede dificultar el poder dedicar tiempo suficiente para una adecuada información, por lo que se harán hojas informativas de apoyo.

Queda pendiente como objetivo secundario, el comprobar la adherencia de las familias a la recomendación realizada y, si la cumplimentación posológica es adecuada, mediante la valoración de encuestas telefónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Población diana: niños de 0-14 años inclusive, atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, año 2019-2020, por patología aguda que se beneficie del uso de probióticos, lo que incluye patología infecciosa que requiera antibioterapia oral y cuadros de gastroenteritis aguda. Se les realizará recomendación por escrito de probióticos y se adjuntará hoja informativa sobre los beneficios de su uso. Esta hoja explicativa tiene como objetivo apoyar la recomendación, sobre todo, en momentos de alta presión asistencial.

- Valorar la adherencia a la recomendación, mediante análisis de los resultados de la encuesta telefónica realizada a las familias (Recogidas 180 encuestas)

Nuestro objetivos será conseguir:

Mejora del proceso asistencial en patología infecciosa infantil.

Mejora de la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Mejora de la seguridad del paciente, al disminuir los riesgos asociados al uso de antibióticos, y acortamiento de la duración de la enfermedad

Comprobación del mantenimiento de la mejora en calidad asistencial que se consiguió con el proyecto inicial 2016-2018.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Recomendación de probióticos por parte de los miembros del equipo, a todos los niños atendidos en urgencias incluidos en los criterios. Encuesta telefónica a 30 familias seleccionadas aleatoriamente entre las que han recibido consejo, por cada profesional.

- Realización de hoja informativa sobre beneficios de probióticos, consensuada por los miembros del equipo.

- Contacto con el servicio de Informática del Hospital Royo Villanova para la selección de las HCE con los requisitos seleccionados, realizando un corte en el año 2019-2020, comparando con periodo similar años 2016-2017-2018.

- Revisión por pares de las HCE seleccionadas y análisis de los resultados obtenidos

- Reunión final del equipo y elaboración de la Memoria por el coordinador.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Selección de HCE que, durante 1 mes año 2019-2020, con diagnóstico al alta, Gastroenteritis aguda o patología infecciosa tratada con antibioterapia oral.

- Número de HCE, en las que conste en informe de alta recomendación de probióticos/total de HCE seleccionadas. Se obtendrá el indicador de forma global y también por separado, en el grupo de GEA y

Proyecto: 2019_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS EN PATOLOGIA AGUDA

antibiótoterapia oral.

- Comparación de los indicadores obtenidos en el año 2019-2020, con indicadores del 2018 cuando se implemento el proyecto y 2017.
- Adherencia a la recomendación: N° pacientes que han comprado el probiótico / N° pacientes a los que se ha recomendado. Causas por la no adquisición.
- Adherencia al tratamiento: N° pacientes que han completado el tratamiento/N° pacientes que lo han adquirido. Causas de no cumplimiento. Como referencias previas 70% de adherencia en consulta de Pediatría de EAP del Sector 1(proyecto 2013/310)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Recomendación probióticos en urgencias pediátrica en las patologías recomendadas: enero - diciembre 2019.
2. Realización de hoja informativa: enero 2019
3. Valoración de encuestas: enero-junio 2019
4. Revisión de HCE y obtención de indicadores: Enero 2017- Enero 2018- Junio 2018- Junio 2019.
5. Reunión final y Memoria de proyecto : Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recogida de encuestas en formato papel y llamada telefónica

Revisión datos de historias clínicas

Recogida datos bases datos

Colaboración con servicio informática Hospital Royo Villanova para revisión historia en puntos de corte temporales de forma retrospectiva

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

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. PSICOLOGO/A CLINICO. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- MARGOLLES GARETA SILVIA. MIR 2º. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la consulta de psicopatología del HRV se valoran como candidatos a cirugía bariátrica (CB) a una media de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.Melero 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-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%

Proyecto: 2019_0267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 psicopatología: Juan Manuel Bernad Polo
- Equipo Grupo Terapéutico :
Coordinadora Encarna Lasheras López
Observadora participante: Silvia Margolles Garetta
Personal de apoyo: PIR
9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos materiales y humanos pertenecientes al HRV en horarios habituales de los trabajadores.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0609 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE GRUPOS Y TALLERES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS MARTINEZ RETUERTA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BERNE BORDONADA LOURDES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• CHENLO TOUCEDA SILVIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• GIMENO GIRAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• ROMEO LOPEZ NURIA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• DE LA FUENTE ZURDO MARIA GLORIA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• RODRIGUEZ GALERA ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
• LOZANO ALONSO ELENA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El enfoque de la psiquiatría ha evolucionado buscando no sólo la mejora clínica que la farmacología permite, sino una atención integral del paciente, colocándolo en el centro del sistema como protagonista activo de su proceso de recuperación.

El poder aumentar los tiempos de dedicación al usuario, favorece un mejor enfoque de atención a través de la relación terapéutica potenciando sus capacidades y fortalezas hacia la recuperación, y no solo abordando la sintomatología de la enfermedad.

Como profesionales creemos necesario mantener un pensamiento de reflexión sobre nuestra práctica diaria, rompiendo con abordajes rutinarios y apostando por nuevos proyectos que mejoran la evolución de los pacientes.

En este sentido las UCE han mejorado su cartera de servicios dotándose de actividades psicoeducativas que complementan otras alternativas terapéuticas. Esta UCE, es de las pocas de Aragón que carece todavía de estas dinámicas.

Por todo ello, desde el equipo de Enfermería de Salud Mental consideramos pertinente la implementación de Grupos de Enfermería enfocados hacia la recuperación de la persona que atraviesa un proceso mental agudo, para mejorar su curso y pronóstico, así como su autocuidado y calidad de vida

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general: Establecer una estructura continuada en el tiempo para la realización de actividades psicoeducativas y grupales, ofreciendo otra alternativa terapéutica en el proceso de recuperación siendo la población diana las personas ingresadas

Objetivos específicos:

* Reestructurar alternativas terapéuticas que motiven a los pacientes siendo protagonistas de su proceso de recuperación.

* Conciencia de enfermedad. Adherencia. Prevención de recaídas.

* Fortalecer la relación terapéutica, interacción social y apoyo mutuo.

* Educación para la salud: regular estilo de vida, mejora de la calidad de vida.

* Mejora función cognitiva

* Afrontamiento: Manejo de ansiedad, tolerancia a la frustración

* Autoconcepto: mejora de autoestima y adecuación de emociones, disminuir el estigma

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones de equipo: Coordinación. Selección de usuarios que podrán participar descartando las personas con alteración conductual que pueda interferir en la actividad y/o con sintomatología psiquiátrica y/o somática que les impida participar o desaconseje su inclusión

Dinámica/ Actividad:

Espacio: Sala de grupos. Antigua sala de fumadores que se puede recuperar, sin coste alguno.

Frecuencia: Los grupos de enfermería se realizarán todos los martes y jueves de 11h a 12h. La dinámica tendrá una duración aproximada de una hora: el taller será de 45 minutos y los 15 minutos restantes se utilizarán para un análisis en equipo

Metodología: Los contenidos se adaptarán a las necesidades de los pacientes. Se tendrán en cuenta sugerencias/ temas aportados por ellos.

Registro del seguimiento de la participación y posterior mejora de los talleres Contenidos de los talleres:

* PSICOEDUCACIÓN (según patrones funcionales) Y RECUPERACIÓN:

* Alimentación- Nutrición

* Autocuidado: higiene e imagen corporal. Entorno

* Higiene del sueño- descanso

* Actividad - Ejercicio físico

* Conciencia de enfermedad/Adherencia al tratamiento/Prevención de recaídas

* Consumo de tóxicos

* Autoestima y emociones

* Estrategias de afrontamiento - Resolución de conflictos

* Recuperación y empoderamiento. Estigma

* TALLERES IMPARTIDOS POR "PACIENTE EXPERTO"

* TALLERES DE RELAJACIÓN: Relajación de Jacobson Mindfulness: BodyScan.

Proyecto: 2019_0609 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE GRUPOS Y TALLERES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- * El 70% de los pacientes ingresados realizará el programa.
- * El 80% de los pacientes que participan en el programa, no realizan abandono.
- * El 80% de los pacientes que participan en el taller, objetivan mejoría en la recuperación de su proceso.
- * El 85% de los pacientes que realizan la encuesta de satisfacción del programa, superan las expectativas de la media evaluada.
- * El 90% del personal implicado, objetiva beneficios terapéuticos
- * Encuesta de satisfacción y evaluación del programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en el mes de Marzo 2019, y fin en el mes de Marzo 2020

> MARZO 2019: Preparar la funcionalidad de la sala Trámites administrativos

Recogidas bibliográficas. Elaboración de la metodología de contenidos Planificación/programación de las dinámicas

Preparación encuestas de satisfacción

> ABRIL 2019 :Inicio del programa .Actividades martes y jueves de 11h a 12h

REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO: Evaluación mejoras e incidencias

> ENERO / FEBRERO 2020: Entrega memoria de seguimiento

> MARZO 2020 Recogida de datos. Entrega memoria y evaluación final. Continuidad del programa instaurado

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: Participación de Enfermería de Salud Mental como coordinador, y personal TCAE y EIR de Salud Mental como figuras de apoyo.

Recursos materiales: material de papelería (folios, bolígrafos, cartulinas, etc.); pizarra, fotocopias, material audiovisual, altavoz, etc.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0974 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE BEGOÑA MARTINEZ CIRIANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 a 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_0974 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo: dedicación de un tiempo semanal (establecer un espacio de tiempo para revisión, desarrollo del protocolo...)
Papel, ordenador, impresora, tinta

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0980 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

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. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Revisión de guías y documentación de otros HDIJ.
-Búsqueda en internet de fotografías.
-Redacción del tríptico informativo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019: Búsqueda y consulta de guías.
Junio - Agosto 2019: Diseño provisional del tríptico.
Septiembre - Diciembre 2019: Maquetación final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Recursos humanos: Tiempo asistencial dedicado.
-Papel Din A4.
-Tinta.
-Impresora.
-Ordenador.
-Guías consultadas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN COMIC COMO TALLER TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

2. RESPONSABLE CAROLINA MARTINEZ POBLETE

- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORGA SORIANO CRISTINA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
- LOPEZ PARDOS MARIA CARMEN. MAESTRO/A DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA (PT). H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El comic es un género que goza de una gran popularidad entre la población de niños y adolescentes, ya sea por su lenguaje particular o por sus características como medio. Es un medio visual, fácil de leer y comprender, en el que se pueden mostrar situaciones, características y vivencias de unos personajes creados por los propios pacientes, en un trabajo cooperativo de equipo. A través del comic y de su peculiar forma de narrar una historia, se ofrecen cauces cómodos donde el paciente encuentra el modo y la manera de expresar en libertad aquello que necesita ser escuchado, ayuda a la expresión, refuerza el compromiso con el tratamiento mediante la realización de la actividad, supone un reconocimiento social, favorece la inclusión social a través del ocio y el trabajo comunitario, y produce una psicoestimulación.

Mediante el taller de creación de comic se pretende desarrollar tanto habilidades sociales como capacidades cognitivas (que en muchas ocasiones en pacientes de salud mental están mermadas), romper con el aislamiento y la estigmatización social propia de la enfermedad mental. La creación de un comic conlleva adquirir conocimientos, tomar decisiones a nivel grupal, ejercitar la capacidad de expresar ideas y sentimientos, generar un mensaje con propósito y reflexionar a cerca de la temática representada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población a la que va dirigido este proyecto son niños y adolescentes (6-18 años) pacientes de hospital de día de salud mental infanto- juvenil.

A través del proyecto de creación de comic, se pretende conseguir mediante la motivación y la implicación del paciente una serie de objetivos:

- Favorecer la creatividad y espontaneidad.
- Mejorar la comunicación verbal y no verbal.
- Ayudar a mejorar las capacidades cognitivas y habilidades sociales.
- Facilitar la comunicación e interacción social, así como la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Estimular la capacidad para disfrutar con actividades de ocio y tiempo libre.
- Fomentar y mejorar las relaciones entre los pacientes de hospital de día.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad ofertada a los pacientes de hospital de día, en este caso es la elaboración de un comic, que se llevara a cabo a través de los talleres ocupacionales del centro, con la colaboración del personal docente del mismo.

El taller estará dividido en las siguientes actividades.

- Creación de personajes
- Triangulación de personajes para trabajar el rol, escenas sociales, empatía...
- Guion narrativo
- Guion gráfico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES.

- N° de pacientes implicados en la elaboración del comic
- Grado de cumplimiento: N° de pacientes que comienzan la actividad y n° de pacientes que la completan

EVALUACION:

- Escala de valoración cualitativa, elaborada por los responsables del taller de los aspectos surgidos en las diferentes sesiones: participación, mejora de la comunicación tanto verbal como no verbal, de las capacidades cognitivas, de la interacción con el resto de pacientes del hospital.
- Encuesta de satisfacción: satisfacción percibida por los pacientes a la finalización del taller, teniendo en cuenta la consecución de los objetivos previstos y la adquisición de habilidades sociales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El taller de comic se comenzó el día 28 de marzo de 2019, a razón de 1 o 2 sesión por semana, debiéndose ajustar a la estancia media del paciente en hospital de día que es de 3 meses. Debido a que la fecha de ingreso y alta de los pacientes no es coincidente, y que durante el trascurso del taller puede darse la situación en la que el proyecto de creación del comic ya esté en marcha, los pacientes que se incorporen al hospital, también lo harán al taller en la fase en la que éste se encuentre.

Proyecto: 2019_1070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN COMIC COMO TALLER TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Material artístico para la creación de comic
- Plastificadora A-3
- Ordenador portátil con tarjeta gráfica para la elaboración de comic digital
- Tiempo empleado por el equipo para la preparación del material.

10. OBSERVACIONES.

Si la valoración del taller resulta positiva por parte de los pacientes y del equipo profesional, se incorporaría como actividad terapéutica en el cronograma de hospital de día, llevándose a cabo con los futuros pacientes de hospital de día.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
• FACI BOUTHELIER ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
• GIMENEZ PEREZ SILVINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
• HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
• ESBEAL ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
• LASALA CONTE ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
• ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 Enfermería 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 precinto 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

Proyecto: 2019_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

9. RECURSOS NECESARIOS.
Nuevo carro compacto y versátil para la disposición de los equipos y materiales.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirúrgico
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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 IBAÑEZ PEÑA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· VINUE GRACIA ANA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· IZAGUERRI LAUSIN CRISTINA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· MORENO HERNANDEZ CELIA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· MATAMALA VILLALBA MARIO. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ORTEGA GAMORRO MARIA AUXILIADORA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ESPIN SUSIN MARTA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES:

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo.

Material de papelería.

Archivo en soporte informático.

Impresión final de las fichas en papel plastificado.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGÍAS EN LAS QUE ESTÉ INICADA LA REALIZACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

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.
• SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• ALGUACIL LAZARO JESUS. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• ABAD ORTIZ MARIA PILAR. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• SERON SISAMON MARIA YOLANDA. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• TOMAS MENCIA RAQUEL. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
• BERNAD DEL RIO ANA ISABEL. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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, 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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo. Material de papelería.

Archivo en soporte informático.

Impresión final de los protocolos.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA CANDIDATO A CIRUGIA BARIATRICA

2. RESPONSABLE CARMEN RODRIGUEZ VICENTE
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO TOMAS ESMERALDA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· LEZCANO CISNEROS AMELIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· MARTIN VALLADARES NATALIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· BONEZ BLANQUEZ MARISA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· RIOS BLANCO CARLOS. CELADOR/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· ARRANZ SOLER MIGUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tratamiento pre y postoperatorio del paciente con obesidad mórbida es fundamental para la buena evolución del paciente.

Se detecta el problema cuando el paciente programado para cirugía bariátrica es derivado a la consulta de rehabilitación y a su vez remitido al gimnasio para potenciar y mejorar su estado general así como su respuesta respiratoria.

Posteriormente tras ser intervenido volverá a pasar consulta y en su caso derivado al gimnasio para mejorar su evolución física si lo precisa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer una derivación directa desde la consulta de cirugía bariátrica a la consulta de Rehabilitación, para que los pacientes sean captados 2 meses antes de la intervención para valorar si son susceptibles de tratamiento de fisioterapia.

De creerse necesario el paciente sera derivado al gimnasio para hacer 2 sesiones de tratamiento antes de la intervención. Una primera sesión consistirá en enseñar ejercicios y pautas dirigidas a mejorar sus condiciones físicas previas a la operación, y una segunda sesión para revisar estos ejercicios y si fuera necesario corregir o adecuar los mismos.

Tras la intervención los pacientes serán revisados nuevamente por el médico rehabilitador, el cual valorará la necesidad de nuevas pautas de tratamiento. Estas pautas irán dirigidas a recordar lo anteriormente aprendido y en caso de necesidad plantear nuevos ejercicios para mejorar la endurance.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Comunicación directa entre médico rehabilitador y fisioterapeutas.

Trabajo en equipo de todo el personal del gimnasio que atiende a estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes formados/ Número de pacientes susceptibles de ser formados*100

Número de pacientes formados / Número de pacientes con complicaciones post-operatorias.*100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de implantación . Marzo de 2019

El proyecto se plantea como una actividad continuada e ininterumpida

9. RECURSOS NECESARIOS.

Agenda de Rehabilitación y agenda de fisioterapia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0273 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLA GAZULLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION MEDICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO VELA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· SARASA CLAVER MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MALO FINESTRA LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA EGEA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ROSELL ABOS MARIA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SIESO GRACIA RUT. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma de actuación.

Proyecto: 2019_0273 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías susceptibles de Hospitalización domiciliaria de las especialidades implicadas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION ENDOVESICAL DE HIALURONATO SODICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGIA EN HRV

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.
· GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· RUJULA AZNAR MARGARITA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· DE MARTINO MESA YASMINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· PORTUGAL GARCIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· GARCIA CLOS MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ALEGRE BUENO GEMMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· CAMPILLO MARTINEZ JAVIER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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 radica sintomaticas

Enfermeros/as que desarrollan su actividad asistencial en el servicio de urología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Implantar protocolo de administración de tratamientos endovesicales a pacientes programados de forma ambulatoria.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración de protocolo y documento informativo al paciente: abril 2019.

Aceptación por la Comisión de Cuidados del HRV.

Implantación de protocolo; mayo 2019

Proyecto: 2019_0502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION ENDOVESICAL DE HIALURONATO SODICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGIA EN HRV

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.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, para recogida de información en una base de datos destinada para tal fin, a través de la cual se realizarán los análisis estadísticos necesarios.

10. 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.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PROSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

2. RESPONSABLE 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. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· VILLAGRASA GARCIA MARIA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ZUBENKO STEPANOVA OKSANA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ARANDA LOZANO JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· OLIVA ENCINA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· YAGÜE LEON ALBERTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

INICIO MARZO 2019. FINALIZACIÓN MARZO 2020

- 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

Proyecto: 2019_0522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PROSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

las actualizaciones y revisiones que precise según cambien las recomendaciones establecidas en las distintas Guías Clínicas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenadores con conectividad a "navasa" en el HRV y las consultas de Urología del CME Grande Covián.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS PARA OPTIMIZAR LA TERAPIA INTRAVESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

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.
· SIESO GRACIA RUT. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· VILLAGRASA GARCIA MARIA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ZUBENKO STEPANOVA OKSANA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ARANDA LOZANO JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· MARIA ESTER RUIZ MARTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ABRIL BAQUERO GONZALO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tumor vesical no músculo invasivo, a pesar de ser tratado con resección transuretral, presenta altas tasas de recidiva y progresión a tumor músculo invasivo. Esto, sumado a que un porcentaje no desdeñable de resecciones son incompletas, hace necesaria la terapia adyuvante con instilaciones intravesicales (Mitomicina vs BCG). La elección de una u otra terapia depende del riesgo de recidiva y progresión de cada tumor, atendiendo a distintos parámetros como el número de tumores en la resección, el tamaño de los mismos y el diagnóstico anatomopatológico, entre otros. La pauta a seguir (duración y frecuencia de las instilaciones) debe ser establecida por el Urólogo desde la Consulta.

La gestión de citas es importante para asegurar un correcto cumplimiento de la pauta de tratamiento indicada a cada paciente. Es la Secretaría de Urología del HRV la que está asumiendo esta tarea. Las peticiones de cada instilación llegan al Servicio de Farmacia Hospitalaria, quienes preparan los tratamientos que posteriormente se administrarán a cada paciente. Recientemente, el personal de Enfermería de la planta de Urología del HRV ha asumido la administración de la terapia intravesical; Se trata de instilaciones con quimioterapia (Mitomicina) o inmunoterapia (Bacilo Calmette-Guerin), lo que requiere un entrenamiento y conocimiento por parte de este personal, ya que una incorrecta administración puede acarrear efectos adversos no deseados graves. En este punto, vemos necesario, desde el Servicio de Urología, coordinar y protocolizar este procedimiento, así como estandarizar la pauta de tratamiento en base al pronóstico de cada paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1) Elaborar un protocolo de tratamiento con instilaciones vesicales de Mitomicina o BCG en pacientes con tumor vesical no músculo invasivo en el Sector I de Zaragoza, según los grupos de riesgo de recidiva y progresión establecidos en las Guías de la Asociación Europea de Urología.
2) Crear una base en la que se incluyan los datos necesarios de cada paciente de cara a calcular su riesgo de recidiva y progresión, que sirva a los Urólogos como guía en el manejo de estos pacientes, así como documento a presentar en Secretaría de Urología, Farmacia y Enfermería Urología HRV, para coordinar la terapia desde que se sienta la indicación.
3) Fomentar la comunicación entre los sectores implicados en estos tratamientos (Urología HRV-Secretaría Urología HRV-Farmacia Hospitalaria-Enfermería Urología HRV).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para llevar a cabo nuestro proyecto se propone la formación de un grupo de trabajo compuesto por urólogos de nuestro servicio que se encargue de la elaboración de un PROTOCOLO DE TERAPIA INTRAVESICAL EN EL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO, basado en las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología. Una vez elaborado el Protocolo, se creará la base de datos para la recogida directa de los ítems necesarios de cada paciente desde la consulta, permitiendo estratificar a cada paciente en su grupo de riesgo. Esta base estará disponible en todo momento para Urología y Enfermería, si es preciso su consulta durante las sesiones de instilaciones. Desde esa misma base se generará un documento que sirva como justificante de la indicación del tratamiento a seguir en cada caso, y que esté disponible automáticamente en Secretaría Urología y Farmacia Hospitalaria. Una vez elaborado Protocolo y Base de Datos se difundirá al resto de los sectores implicados (Urología, Secretaría, Farmacia, Enfermería) para que conozcan su existencia y su manejo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- % DE PACIENTES INCLUIDOS EN LA BASE DE DATOS DE TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO (Nº de pacientes incluidos en la base de datos/ Nº de pacientes sometidos a RTU de tumor vesical no músculo invasivo): 90%
2.- % DE ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA INTRAVESICAL SEGÚN GRUPO DE RIESGO (Nº Pacientes con tratamiento adaptado según su riesgo calculado/Nº total de pacientes en programa de instilaciones): 90%
3.- % DE USO DEL NUEVO DOCUMENTO DE INDICACIÓN DE TERAPIA INTRAVESICAL (Nº de peticiones realizadas al Servicio de Farmacia Hospitalaria con el documento obtenido de la base de datos/Nº total de peticiones realizadas al Servicio de Farmacia Hospitalaria): 85%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS PARA OPTIMIZAR LA TERAPIA INTRAVESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

INICIO MARZO 2019. FINALIZACIÓN MARZO 2020

1. MARZO 2019: Elaboración del PROTOCOLO DE TERAPIA INTRAVESICAL EN EL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO en pacientes del Sector I de Zaragoza y aprobación por consenso en sesión clínica.
2. ABRIL 2019: Elaboración de la base de datos
3. ABRIL 2019: Difusión a todos los miembros implicados.
4. ABRIL 2019 - FEBRERO 2020: Uso del Protocolo y la Base de Datos en la consulta de Urología, Secretaría, Farmacia y Enfermería.
5. MARZO 2020: Evaluación de la correcta aplicación del Protocolo y del uso de la Base de Datos y medida de los indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 1) Ordenadores con conectividad a navasa en las consultas de Urología, Secretaría Urología HRV, Farmacia Hospitalaria y Control de Enfermería planta de Urología HRV)
- 2) Consulta especializada de Urología oncológica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_0644 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DEL CAMPO FERNANDEZ ANA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• BLASCO INGALATURRE ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• TOMEY MONTESINOS MARIA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• FELIPE MARTINEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• PEREZ FIGUERA GLORIA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• PIÑEL LUENGO ANA CARMEN. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• DE SUS PEREZ CONSUELO. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

Dentro de este marco conceptual es necesario desarrollar estrategias enfocadas a generar pacientes activos basadas en el autocuidado, donde las enfermeras adquieran un papel relevante como responsables del cuidado que son. La aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, tienen como finalidad capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Es un proceso que sigue varias etapas (según el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente) que debe de estar integrada como una parte más del tratamiento médico y de cuidados, debiendo comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo tanto psicológico como social. A pesar de la necesidad de la integración de la educación en el tratamiento del paciente crónico, su aplicación en las consultas médicas y de enfermería de los centros médicos de especialidades es aún muy variable. Por el momento, en la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes, lo realizan enfermeras/os, de forma puntual, cuando les queda un momento libre en sus actividades asistenciales, es por esto que para el equipo de enfermería de los centros médicos de especialidades es imprescindible que la educación al paciente crónico, sea una práctica sistemática y generalizada en nuestras consultas pudiendo contar con el reconocimiento del tiempo necesario para llevarlo a cabo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

Proyecto: 2019_0644 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades crónicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0641 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ROSA MARIA BARRIO ALONSO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CME RAMON Y CAJAL
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUIZ PEREZ TERESA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• LORENTE GENZOR MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• BRAVO BRAVO EVA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• PELILLO GARCIA ROSA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• PUERTO BARNETO YOLANDA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• ARIÑO SIMON LORENA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS
• ARENAS PERULAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación:
Manual realizado- SI

2. Entrega del manual de acogida:
El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

3. Elaboración formato estándar para la elaboración de protocolos y identificación de áreas a protocolarizar:
Se identifican el 100% de las áreas a protocolarizar.

4. Nº de protocolos realizados:
Se realizan el 50% de los protocolos de las áreas identificadas.

5. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro:
El 80% de los profesionales están satisfechos

Proyecto: 2019_0641 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Impresión a color del manual de acogida para hacer entrega.
- Impresión de todos los protocolos para cada una de las consultas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARIN BASTIDA MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• ZAMORANO MILLAN MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• YUBERO CISNEROS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• GRACIA GASCON BEATRIZ. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• GONZALEZ GIMENEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• CACHO AMO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
• DIAZ MERINO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Febrero 2019. Responsable: Paula Pastor
2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
3. Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes

Proyecto: 2019_1009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

4. Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
5. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
 - 2º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
6. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
 - 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar. Responsable: Paula Pastor
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LAZARO DE PABLOS EVA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - SANZ ROSA JESICA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - ESCANILLA GARCIA LAURA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - BAILO ROCHE CARMEN. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - TORRALBA SANCHEZ SARA. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - SANCHEZ SANCHEZ ESTER. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS
 - ALLUEVA PLUMED MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

Proyecto: 2019_1013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1425 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ADRIANO CANO RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro USM REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LISO BANDRES ANA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· ROYO SANZ LAURA. TRABAJADOR/A SOCIAL. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· BURILLO GONZALVO MARIA. PSICOLOGO/A. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· AIBAR LUIS MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· GRACIA GARCIA PATRICIA. PSIQUIATRA. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. PSIQUIATRA. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO. PSIQUIATRA. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las personas con una enfermedad mental, y de manera particular aquellas con Trastorno Mental Grave (T.M.G), presentan una prevalencia de enfermedades somáticas y una tasa de mortalidad más elevada respecto a la población general.

En estos pacientes un estilo de vida poco saludable junto con el tratamiento farmacológico aumenta el riesgo de padecer patologías asociadas al síndrome metabólico (S.M.).

El profesional de enfermería especialista en salud mental debe trabajar para incidir sobre los factores de riesgo modificables, promocionar hábitos saludables y buscar una mejor salud física que repercuta en la calidad de vida de las personas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general:

-Mejorar la salud física de las personas incluidas en el programa.

Objetivos específicos:

-Mejora de los parámetros relacionados con el S.M.: Peso, Perímetro abdominal, TA.

-Fomentar el ejercicio físico y unos hábitos dietéticos saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Los pacientes atendidos en la consulta de enfermería serán incorporados al programa tras una valoración física y entrevista individual previa.

-La intervención estará compuesta por un total de cuatro sesiones. Cada sesión constará de dos partes:

-Una primera parte teórica, donde un enfermero especialista en salud mental realizará una actividad grupal de educación para la salud sobre los siguientes temas: ejercicio físico, alimentación saludable, identificación de hábitos perjudiciales y manejo del estrés.

-En una segunda parte se realizará un paseo en grupo por las zonas verdes del barrio.

-Al finalizar la intervención serán evaluados los objetivos conseguidos y la satisfacción de los participantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación previa de cada paciente.

- Parámetros físicos (TA, peso y perímetro abdominal).

- Horas de ejercicio físico practicado a la semana.

- Percepción subjetiva de los hábitos alimentarios 1 - 5.

Evaluación posterior (al finalizar la intervención)

- Parámetros físicos (peso y perímetro abdominal).

- Escala (no validada) para evaluar la satisfacción con el programa.

Utilidad del contenido impartido 1 - 5

Satisfacción con la intervención 1 - 5

Idoneidad de la metodología 1 - 5

2ª Evaluación posterior (a los 6 meses de la intervención).

- Parámetros físicos (TA, peso y perímetro abdominal).

- Horas de ejercicio físico practicado a la semana.

- Percepción subjetiva de los hábitos alimentarios 1 - 5.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Responsable de la actividad: Enfermero especialista en salud mental.

- Duración de la intervención: 4 semanas.

- Frecuencia: 1 sesión a la semana.

1. TÍTULO
MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Calendario:
> Antes de la intervención:
Valoración individual previa en consulta.
Selección de pacientes.
> Sesión 1: El ejercicio físico.
> Sesión 2: Alimentación saludable.
> Sesión 3: Hábitos perjudiciales para la salud.
> Sesión 4: Manejo del estrés.
> Al finalizar la intervención:
Evaluación de objetivos y satisfacción.
Seguimiento a los 6 meses en consulta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Consulta de enfermería. Instrumentos: Esfigmomanómetro, fonendoscopio, báscula y cinta métrica.
- Sala taller del C.S Rebojería.
- Cuestionarios de elaboración propia para la evaluación de la intervención.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA PSIQUIATRICA
•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1426 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL COMUN MEDIANTE LA INCLUSION DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE REBOLERIA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE AIBAR LUIS
• Profesión PSICOLOGO/A
• Centro USM REBOLERIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BURILLO GONZALVO MARIA. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• GRACIA GARCIA PATRICIA. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• LISO BANDRES ANA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• CANO RUIZ ADRIANO. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
• ROYO SANZ LAURA. TRABAJADOR/A SOCIAL. USM REBOLERIA. UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Desde esta USM hemos observado el aumento de la demanda progresiva para el abordaje del trastorno mental común (TMC), encontrándonos en una situación de desbordamiento en la que resulta complicado el realizar un tratamiento eficaz. Consideramos que esta situación responde a diferentes causas. La creciente demanda por parte de atención primaria de tratamiento psicológico, la deficiente ratio poblacional de psicólogos, pese a las recientes incorporaciones, la cronificación de la patología, en parte por no poder atender con tratamientos eficaces y eficientes.

Por otra parte, según la medicina basada en la evidencia y las guías clínicas actuales existen tratamientos psicológicos eficaces de primera elección, los cuales deberían estar al alcance de la población.

En la situación actual nos encontramos con la posibilidad de ofrecer una consulta de terapia psicológica cada tres meses en la agenda de la psicóloga, cuyo contrato depende de atención primaria, por lo que consideramos que el tratamiento grupal, sería una alternativa para poder atender a un mayor número de pacientes, ofreciendo tratamientos eficaces basados en la evidencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implementar tratamientos psicológicos eficaces y eficientes aplicados al TMC
- Aplicar psicoterapia grupal a las siguientes patológicas
- Grupo de ansiedad : se aplicará a quienes cumplan criterios de Trastorno de ansiedad generaliza, Trastorno de pánico con o sin agorafobia, y Trastorno adaptativo de tipo ansioso
- Grupo de manejo del dolor crónico
- Grupo de trastornos afectivos: distimia.
- Implementar al menos un grupo de cada de los anteriormente expuestos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Diseño de los cada uno de los tres programas, que serán grupos cerrados de 14 sesiones de 10-12 pacientes.

Captación de los candidatos

Valoración preliminar de la adecuación al grupo

Implementación de los grupos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero de grupos realizados
- Pacientes atendidos
- Altas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño de los tres programas. Responsables: Psicólogos Clínicos
- Enero: Manejo de dolor crónico; 14 sesiones
- Febrero- Marzo: Distimia
- Marzo-abril : captacion
- Captacion de pacientes : Responsables: psiquiatria, psicología y enfermería
- Realización de los grupos
- Febrero-Abril: Dolor Cronico

Proyecto: 2019_1426 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL COMUN
MEDIANTE LA INCLUSION DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE REBOLERIA**

- Abril-Julio:
- Septiembre-Diciembre: Ansiedad y Dolor crónico

9. RECURSOS NECESARIOS.
Sala, sillas, pizarra, rotuladores, folios y fotocopias.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1499 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLO MARTINEZ AMPARO. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ JIMENEZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS GARCIA ROSA ANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar la localización de documentos más relevantes en nuestro centro de salud desde el escritorio de nuestro ordenador a través de un portal WEB aprovechando el disco de red que el Sector ofrece.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Grado de satisfacción de los profesionales de salud y administración:

Estandar: >8 sobre 10 (Escala Likert)

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

Indicador: Número de documentos actualizados.

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

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

Indicador: número de aportaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, Programa OpenOffice,

El departamento de informática ya ha realizado el alta de usuarios en el sistema y en breve procederá a habilitar el recurso recurso compartido.

Se especifica en la herramienta que NI INFORMÁTICA DEL SECTOR NI CAU dan soporte. Actualización y posibles incidencias se atenderán desde el servicio de Admisión del centro dada la sencillez de uso.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_1499 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROFESIONALES CENTRO DE SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0357 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS GARCIA ROSA ANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SUÑER ABADIA SILVIA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estimular el desarrollo de ejercicio físico aerobio entre nuestra población, como forma de mejorar FRCV entre otras patologías ampliamente prevalentes en ella.

Facilitar la socialización de los mismos, reforzando el sentimiento de comunidad y posibilitando la salida de situaciones de aislamiento social, mejorando así la calidad de vida relacionada con su salud general.

Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándolos a continuar con este tipo de actividad sin la tutela del personal sanitario.

Reforzar los vínculos sanitario-paciente fuera del ámbito asistencial habitual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de sesión informativa al resto de profesionales del CS sobre el proyecto.

Comunicación al público en general mediante bandos, carteles...de la actividad. Contacto con las asociaciones ya existentes para mayor difusión y posible colaboración mutua para el desarrollo de las andadas.

Elaboración de hoja de registro individual para monitorizar la asistencia y constantes, además de realización de un cuestionario de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud. Esto se repetirá el primer y el último día de la actividad.

Creación de grupos, en cada uno de los pueblos participantes, para la realización de marchas de aproximadamente 45 minutos, por los alrededores de la localidad, con una periodicidad semanal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de asistentes (al menos a una sesión) respecto a las TIS asignadas a cada población en la que se oferta la actividad (excluidas las pediátricas). Objetivo mínimo 5%.

2. Peso (la variación existente entre la primera y última sesión). Objetivo: pérdida mayor del 3% del peso total del los asistentes

3. Calidad de vida relacionada con la salud (valorado por la escala analógica del EuroQol-5D) objetivo: mejoría de al menos 5 puntos de la puntuación de su estado de salud.

4. Cuestionario de satisfacción con la actividad realizada (al final de la última sesión) Objetivo: Al menos un 50% de los participantes que respondan a él consideren la actividad como buena/muy buena.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril Elaboración del proyecto y aceptación del mismo.

Comunicación de la actividad tanto en el centro de salud como a la población.

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

Moyuela: martes/jueves de 11 a 11,45

Codo: miércoles de 9,30 a 1,015

Belchite: Jueves de 9 a 9,45

Diciembre: evaluación de la actividad

9. RECURSOS NECESARIOS.

Nada fuera de lo disponible ya en el Centro de Salud.

10. OBSERVACIONES.

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

Proyecto: 2019_0357 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion general
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMON ARBUÉS ENRIQUE. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SOLSONA MARTINEZ PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MORENO GARCIA DAVID JESUS. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Capacitar a los alumnos de secundaria y trabajadores del I.E.S. Benjamín Jarnés en:

- El reconocimiento de una situación de parada cardíaca (PC).
- La activación de la cadena de supervivencia.
- La realización de una correcta RCP y uso precezo del desfibrilador semi-automático (DESA).
- La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En la evaluación se valorará la adquisición de conocimientos y habilidades, así como el grado de satisfacción de los participantes (educadores y educandos).

-El aumento de conocimientos se demostrará a través de la cumplimentación antes y después de la sesión educativa de un cuestionario confeccionado "ad hoc" compuesto por preguntas con múltiples opciones de respuesta siendo una única correcta.

Indicador: % de alumnos con mejoría de al menos dos puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la sesión. Estándar: =90%.

-El campo de las habilidades se evaluará a través de la observación del desempeño en una situación simulada con maniqués. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la calidad de la RCP (frecuencia y profundidad de compresiones) la utilización del DESA y la colocación en PLS.

Indicador: % de alumnos con observación del desempeño en una situación simulada con maniqués con valoración positiva. Estándar: =90%.

-Satisfacción de los participantes: La satisfacción de los educadores y educandos se evaluará a través de un cuestionario tipo Likert (1-5) al finalizar la experiencia. Estándar: Puntuación media =4.

A los dos meses de la puesta en marcha del proyecto se analizará el número de sesiones realizadas y de participantes formados. También se realizará una evaluación inicial de los indicadores descritos en el apartado anterior. La evaluación final de estos indicadores se llevará a cabo al finalizar el año escolar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

MARZO-ABRIL 2019.

-Contacto con la dirección del centro educativo.

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

ABRIL a JUNIO DE 2019.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

A la finalización de este proyecto se espera haber establecido un canal de comunicación fluido y continuo entre

Proyecto: 2019_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

el centro educativo y los profesionales del equipo de salud que permita, en el futuro, la puesta en marcha de nuevas iniciativas dirigidas a empoderar a la población adolescente y dar respuesta a sus necesidades.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GALAN PATRICIA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS GARCIA ROSA ANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SOLSONA MARTINEZ PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP CASABLANCA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DIEZ ZAERA OLGA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
 - LALINDE HERRERO MARTIN. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
 - LAMPLE LACASA LUIS. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
 - GASCA BINABURO FERNANDO. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
 - AISA ROYO INMACULADA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
 - PASCUAL PEREZ ELENA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP CASABLANCA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente quinolonas (Levofloxacin, moxifloxacin, ciprofloxacino) a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 15,9 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 10,3 %).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de quinolonas según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con quinolonas para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
- o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Proyecto: 2019_1275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP CASABLANCA

- N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
- o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%): $\text{DDD fluorquinolonas (J01MA)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 15,9 %
Objetivo 2019: =12%
 - Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de quinolonas durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0768 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO SALUD FERNANDO EL CATOLICO

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MENENDEZ HEVIA SERGIO. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• GIL GREGORIO ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
• SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
• FRAJ VALLE MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• ARA MARTIN GEMA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Sector II tiene una población 396.237 personas, Fernando el Católico atiende 16.880 personas. El Ictus es una de las causas más importantes de incapacidad permanente en el adulto, 2º causa de muerte en España, 1ª causa de muerte en las mujeres. Dada la prevalencia y morbilidad de la enfermedad, queremos saber qué nivel de conocimientos tiene nuestra población y ampliarlos. Con ello queremos que identifiquen los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo: es que nuestra población diana identifique los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Reunión de equipo para unificar ideas, enfocado a la elaboración de un tríptico de educación sanitaria y encuestas a realizar.
- 2.-Revisión bibliográfica.
- 3.-Reunión de equipo para creación del tríptico y creación de las encuestas pre-lectura y post-lectura del tríptico.
- 4.- Pasar el tríptico y las encuestas en un período de tiempo determinado.
- 5.- Introducir y evaluar resultados .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores: pasar a 100 pacientes las encuestas.
Indicadores: que nos rellenen las encuestas el 80 % de los pacientes.
Indicadores: que al 80% de los encuestados les haya parecido útil.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio proyecto: principios Abril
Primera reunión equipo para unificar criterios y revisión bibliografica: Mayo
Creación de tríptico y encuestas: Junio
Pasar tríptico y encuestas a los usuarios desde Julio-Octubre
Introducir y evaluar resultados Noviembre - Diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador, impresora

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sin patología específica, población que acuda al centro de atención primaria por cualquier motivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1408 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

2. RESPONSABLE ANA ISABEL SANCHEZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALGAÑON PALACIOS DAMIAN. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GIL GREGORIO ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ANAYA CASBAS MARIA TERESA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.
el EAP FERNANDO EL CATÓLICO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones.
-Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 5,5 %
Objetivo 2019: =2,0%.
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 71,32 %
Objetivo 2019: Disminuir
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,76 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Apoyo de material audiovisual
Formación del Equipo de desarrollo de Guía de Antibiótico PROA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

2. RESPONSABLE ANTONIA FERRE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROY PEREZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MONREAL BODIU VITORINA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· COBOS ANDRES MARIA DEL ROSARIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA JOSE JAVIER. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN DELSO MARISOL. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GIL GREGORIO ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Programa paciente crónico complejo ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios.

En Febrero de 2018, tras su presentación se inició su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 unidades específicas de asistencia al paciente crónico complejo, en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019)

Los datos de inclusión en el Programa son los siguientes

El total de pacientes de mayor complejidad no supera el 50%, y los niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.

Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.

Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).

% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).

% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.35-45%.(Diciembre 2018, 30%).

% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).

% PCC con enfermería identificada. 80-90%.

% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo2019.

Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.

Remisión mensual de evolución de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

Listado de pacientes crónicos complejos por profesional y total del centro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Programa paciente cronico complejo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

2. RESPONSABLE VICENTE GARCIA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PRADES PITARCH SILVIA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARIÑOSA VELA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· CRESPO HUERTA ANGEL. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ANAYA CASBAS MARIA TERESA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ESPARZA SALCEDO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· RABADAN DE LA PUENTE MARTA. TCAE. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ PELIGROS ANTONIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:
La determinación de microalbuminuria.
La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético
En los pacientes Diabeticos del C.S. Fernando El Catolico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de a necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
-Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
- Formación en Pie diabético : Por qué debe explorarse y cómo se explora.
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan pluriannual de renovación de doppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.
-% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.
-% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
-Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal Medico y Enfermería.
Material exploracion.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE MIGUEL. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL EVA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO SUSANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· BARBA MARIA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· ARMANGUE SILVIA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nuestra población pediátrica pasa mucho tiempo en los centros escolares, donde es frecuente que puedan sufrir algún accidente fortuito o iniciar problemas agudos que puedan requerir intervención por parte del personal docente. Así mismo, acuden niños con patologías crónicas que pueden requerir una precaución especial por reagudización de su patología de base o administración de algún fármaco durante el horario lectivo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El centro de salud de Fuentes de Ebro engloba a 6 colegios repartidos en diferentes municipios de la zona.

Previa a la presentación de éste proyecto, se ha contactado con todos los centros escolares para valorar el interés del profesorado, siendo muy bien recibido y mostrando todos ellos interés por el proyecto.

En cada centro educativo que desee tomar parte en el proyecto se realizará una formación de aproximadamente dos horas y media, realizadas en una o dos sesiones en función de la disponibilidad del profesorado. La formación se realizará por parte del personal sanitario implicado en éste proyecto.

Las sesiones tendrán un formato teórico-práctico, con explicación de las diferentes emergencias, vídeos de demostración de las actuaciones, técnicas y materiales a utilizar y simulacro de reanimación con muñeco al finalizar el taller.

Se cumplimentará una hoja de asistencia y se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones que englobará items relacionados con expectativas, objetivos cumplidos y metodología empleada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: realización de al menos una intervención con cada centro escolar que participe en el proyecto

Estándar: se fijará un estandar mínimo como intervención de al menos una sesión de 2,5 horas o 2 sesiones de 1,25 horas

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 65% de los asistentes consideran adecuada la actividad.

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En el primer cuatrimestre de 2019, contacto y confirmación de calendario para desarrollar el proyecto con los centros educativos interesados.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1045 (Acuerdos de Gestión)**

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Realización de sesiones docentes durante el segundo y tercer cuatrimestre de 2019, pudiendo realizar alguna sesión excepcional si el profesorado así lo requiere durante el primer cuatrimestre de 2020.

Primer trimestre de 2020 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)

En caso de que así sea requerido, el proyecto será extensible a próximos años

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se realizará mediante sesión en power point y vídeos explicativos. Se requerirá muñeco de reanimación cardiopulmonar (se solicitará a unidad docente) y material explicativo de las diferentes patologías

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Primeros auxilios
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE JESUS ZUMETA FUSTERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO CELMA ALBA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ GUERRERO CARMEN. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ GRASA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· PUYO CUELLA JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo. El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP. Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos. 35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%. DURACIÓN Y

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CALENDARIO PREVISTOS
Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

Teléfonos de contacto con la UCC y medios técnicos (aparataje clínico necesario) y de transporte.

10. OBSERVACIONES.

Las reuniones las convocará el Responsable del Proyecto y en su defecto el 2º Componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología que suponga criterio de inclusión.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II. CS FUENTES DE EBRO

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SUMELZO LISO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS FUENTES DE EBRO
• Localidad FUENTES DE EBRO
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DOMINGUEZ ESCARTIN ANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• BOLEA GORBEA CARLOS. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• CASTELLANO SUSANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• SABATER PARALLUELO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• PEÑA GASCON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• BENIABDELLAH UMayMA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
• ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:

- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HBA1C en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.

- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.

Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de a necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
- Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora.
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año.

Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.

Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

Proyecto: 2019_1232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II. CS FUENTES DE EBRO

9. RECURSOS NECESARIOS.
Todo el aparataje clínico necesario (doppler, monofilamento, diapasón,...)
10. OBSERVACIONES.
Las reuniones las convocará el responsable del Proyecto y en su defecto el 2º componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FUENTES DE EBRO

2. RESPONSABLE CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRA VICENTE BEATRIZ. PEDIATRA. CS FUENTES DE EBRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. En España las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. El uso excesivo e inapropiado de ATB es la causa principal. España es uno de los países con un mayor consumo (DHD receta oficial 16,17) y con altas tasas de resistencias. Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) aparecen categorizados de supervisados y que debería limitarse y controlarse su uso

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,4 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,4 %
Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 58,22 %
Objetivo 2019: Disminuir

Proyecto: 2019_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FUENTES DE EBRO

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias

Valor 2018: 26,71 %

Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-septiembre: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAL PARQUE ROMA

2. RESPONSABLE SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
• PINA GADEA MARIA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• ZUMETA FUSTERO TERESA. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
• AZNAR PEREZ INMACULADA. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
• USON MARTIN ANA ISABEL. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PARQUE ROMA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

? Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

? Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividades

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

? Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Proyecto: 2019_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAL PARQUE ROMA

? Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 4,6 %
Objetivo 2019: =2,0%

? Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 82,91 %
Objetivo 2019: Disminuir
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 3,93 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fundamentalmente infec respiratorias y urológicas
•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0634 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HACIA UNA MAYOR IMPLANTACION DEL CALENDARIO VACUNAL DEL ADULTO

2. RESPONSABLE SHEILA ELENA SANCHO RAIMUNDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SENRA DE LA FUENTE EVA MARIA. MEDICO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tradicionalmente, la vacunación ha sido asociada a la población infantil, si bien es cierto que parte de la población adulta actual no ha podido beneficiarse de esta medida por no existir previamente un calendario de vacunación del adulto, ser inmigrante con residencia en España desde hace pocos años, o en determinados casos no se ha llegado a desarrollar inmunidad, natural o mediante vacunación para una determinada patología infecciosa.

Con la publicación de la circular 1/2019 de la Dirección General de Salud Pública sobre recomendaciones de vacunación en población adulta en la Comunidad Autónoma de Aragón se pretende establecer un calendario vacunal del adulto como medida preventiva incluida dentro de las prestaciones de la cartera de servicios en materia de salud pública.

Desde el Departamento de Sanidad de Aragón se está procediendo a enviar cartas al domicilio de los pacientes que en este año cumplan 65 años para proceder a la vacunación antineumocócica. Nuestra propuesta de mejora consiste en hacer un seguimiento exhaustivo de los pacientes de esta edad e intentar conseguir un adecuado cumplimiento del calendario, haciendo hincapié en la educación sanitaria; siempre y cuando aportando la información adecuada para promover la vacunación, y respetando el consentimiento del paciente a ser vacunado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir una mayor tasa vacunal en la población que en el año en curso cumple 65 años
Informar acerca de los beneficios de estar correctamente vacunados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión con el equipo del centro de salud para explicar cómo se va a llevar el proyecto de mejora y pedir su implicación en el reparto de funciones.
-Elaboración de un folleto informativo acerca de los beneficios de una correcta vacunación para pacientes distribuidos en distintas zonas del centro de salud.
-Captación de pacientes de 65 años que acuden al centro de salud tras recibir la carta informativa de la Dirección General de Salud Pública

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes de 65 años vacunados/ Número de pacientes de 65 años que acuden al centro de salud durante el periodo de estudio
Número de pacientes de 65 años vacunados/Total de pacientes de 65 años .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio desde abril-mayo de 2019 hasta abril-mayo de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Materiales necesarios para elaboración de díptico informativo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Adultos de 65 años sin importar patología previa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP

2. RESPONSABLE AMPARO HERNANDEZ MORA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUALLART CALVO MARIA REYES. ENFERMERO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA
- SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA. ENFERMERO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Justificación

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PUERTA DEL CARMEN se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.8%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$

Valor 2018: 4,0 %

Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Proyecto: 2019_1462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP

Valor 2018: 77,96 %
Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 6,45 %
Objetivo 2019: Disminuir

ANEXO. INDICADORES CONSUMO ANTIBIOTICOS 2018 Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS AL USO DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

NADA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

2. RESPONSABLE SARA VIADAS NUÑEZ
· Profesión EIR
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN BERNAD DANIEL. EIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ VELA ARACELI. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ROCCA JIMENEZ MARTA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ SANNIKOVA OLGA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardíaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.

En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.

Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.

Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.

Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.

Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.

Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.

Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:

Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.

Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.

Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.

Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC

Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC

Proyecto: 2019_0204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio amplio disponible para la realización de los talleres.

Ordenador y proyector.

Material para la realización de los talleres: alimentos naturales y artificiales, cooxímetro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN PACIENTES DE >65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA

2. RESPONSABLE CLARA MARIA PUEYO SALAVERA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS LA ALMOZARA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ LOPEZ MERCEDES. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• UBIDE MARTINEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• RUIZ SANNIKOVA OLGA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• ROCCA JIMENEZ MARTA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ POSADA MARIO. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• FOGUED HERNANDEZ CARMEN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Según datos del INE, en España, el tipo de hogar que más ha crecido en los últimos años es en el que vive 1 persona sola, llegando a ser el 25.2% del total de hogares, entre ellos el 41,7% tiene más de 65 años
Por edades, debajo de 64 años es mayor el nº de hombres q viven solos que el de mujeres pero por encima de 65 el nº de mujeres es mayor, incrementándose la diferencia conforme avanza la edad. En nuestra zona de salud, estamos pendientes de recibir los datos del último padrón municipal, solicitado al ayuntamiento, del nº de hogares en los que vive solo una persona, pensamos que no será muy diferente al resto del país, pues en los últimos datos demográficos de Almozara del Iaeat, nuestra población > de 65 años se ha incrementado un 13% en los últimos 7 años
La soledad en los mayores, en muchas ocasiones, es un factor de desigualdad en salud poco abordado desde el sistema sanitario, con este proyecto pretendemos instaurarlo en la práctica diaria de nuestro centro de salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el nº de >65 que viven solos?
Conocer el nº de pacientes incluidos en el proyecto
Implicar al EAP: Admisión, Trabajo Social, Enfermería y Medicina en la identificación de estos pacientes
Implicar a otras instituciones y servicios del barrio: Farmacia, Parroquias, Centros de 3ª edad, Servicios sociales del ayuntamiento y Consejo de salud, en la detección
Conocer los activos comunitarios para la salud disponibles en nuestro barrio
Realizar recomendación de activos comunitarios desde todas las consultas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social
Formar al EAP en la prescripción de activos comunitarios
Trabajar en red con otras instituciones, servicios sociales ayuntamiento, IASS
Crear circuito de derivación/ respuesta para las prescripciones comunitarias
Realizar seguimiento periódico a este grupo de pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde hace 2 meses estamos en contacto con los servicios sociales del ayuntamiento de Almozara y con el Centro de Día de S Blas para recoger activos comunitarios y establecer una relación
Presentaremos el proyecto al EAP y realizaremos 2 sesiones de formación en prescripción comunitaria de activos
Mientras recibimos los datos del padrón municipal comenzaremos a realizar la captación desde el centro de salud
En admisión preguntaran a los >65 años que soliciten cita, si viven solos anotando en la cita del paciente "vive solo"
Una vez valorado en las consultas de Trabajo social, Enfermería y Medicina se creara el episodio de OMI Z-28 Soledad
Visitaremos todas las farmacias del barrio para explicar el proyecto y que informen a los pacientes
Realizaremos el mismo procedimiento con la parroquia y centros de convivencia de ancianos
Recogeremos todos los recursos en salud que puedan ofrecer estas instituciones
Tras la identificación se le realizara un ecomapa para conocer su nivel de soledad y de apoyos y realizar la prescripción de activos a través de OMI
Los pacientes serán derivados con informe de prescripción comunitaria y las instituciones realizarán informe de su intervención en la misma hoja de derivación que les entregara el paciente
Todos los pacientes serán seguidos desde nuestras consultas o telefónicamente según su necesidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nºpacientes captados/nº hogares con 1 persona, según datos del padrón municipal %
Nºpacientes derivados a TS/ nº de pacientes captados %
Nºpacientes con prescripción comunitaria/nº pacientes captados %
Nº de pacientes derivados desde admisión / nº pacientes captados %
Nº de pacientes captados en enfermería/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados Medicina/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados TS/ nº pacientes captados %
Nº sesiones a EAP previstas/total sesiones impartidas %
NºPcientes satisfechos/ total pacientes captados %

Proyecto: 2019_0509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN PACIENTES DE >65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Nº sanitarios satisfechos/total sanitarios implicados %
Nº instituciones satisfechas/total instituciones implicadas %
Nº pacientes en seguimiento/total pacientes captados %
Nº de pacientes con mejoría de su percepción de salud/total de pacientes captados %
Nº de prescripciones comunitarias informadas por otros organismos/nº de prescripciones realizadas %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Presentación equipo y en servicios e instituciones del barrio. Recopilación de activos comunitarios.
Captación
Abril: Captación. Recopilación de activos. Sesiones 2ª y 3ª al EAP. Seguimiento pacientes
Mayo: Captación. Seguimiento de pacientes
Junio: Evaluación parcial
Julio: Seguimiento de pacientes
Agosto: Seguimiento de pacientes
Septiembre: Seguimiento de pacientes
Noviembre : Seguimiento de pacientes. Elaboración encuestas pacientes/sanitarios/instituciones
Diciembre: Seguimiento de pacientes
Enero: Seguimiento de pacientes
Febrero: Evaluación final

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIAP Z16 SOLEDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0976 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

2. RESPONSABLE RUTH TOMELO MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PLUMED TEJERO MARIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ DURO ANA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- BERNAD ROCHE MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMOZARA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- FOGUED HERNANDEZ CARMEN PILAR. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- RAMOS FRAILE NURIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
- GAZULLA JULIAN MARIA TERESA. TCAE. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Atención Primaria, como puerta de entrada del sistema sanitario, debería de ser el punto de inicio de la atención urgente en urgencias de triaje bajo (Niveles IV y V, que suponen un 58,5% de las atendidas en los hospitales públicos de Aragón), evitando así la congestión de los servicios de urgencias hospitalarios y de los dispositivos de emergencia móviles y aliviando el gasto económico que se deriva de la utilización inadecuada de éstos. Por ello, es necesario que el personal esté adecuadamente formado en el manejo de estas situaciones así como en aquellas potencialmente graves, para evitar demoras y garantizar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, además de atender estas urgencias, encontramos que existe una mala utilización en los servicios de Atención Continuada, ya que existe una gran demanda de atención no urgente que debería ser atendida por el Equipo de Atención Primaria, perdiéndose la continuidad de cuidados propia de este nivel y aumentando el riesgo de iatrogenia. Debido a esto, consideramos que es necesaria una buena educación a la población acerca de los recursos disponibles, incidiendo en qué problemas pueden resolverse en este servicio y cuales se deben resolver en su médico o enfermero de Atención Primaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Conocer las patologías más prevalentes atendidas en el servicio de Atención Continuada, así como, el grupo poblacional más demandante y, el porcentaje de derivaciones a Urgencias hospitalarias.
2. Ofrecer buena información a la población de la Zona Básica de Salud de los recursos disponibles.
3. Mejorar la comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada.
4. Revisar y asegurar el correcto funcionamiento del material de urgencias.
5. Asegurar la formación y entrenamiento de todo el Equipo de Atención Primaria en Resucitación Cardiopulmonar (RCP).
6. Coordinar la realización y la difusión de protocolos de actuación en las patologías más prevalentes y/o más graves.
7. Registrar las incidencias acaecidas durante la prestación del servicio de atención continuada, dándoles resolución para asegurar la seguridad del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El equipo del proyecto realizara reuniones trimestrales para, entre otros, gestionar incidencias y actualizar protocolos de actuación.
Se procederá a la revisión mensual material
Se activara un sistema de comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada, asegurando su continuidad tras la finalización del proyecto.
Se realizaran tres sesiones de reanimación cardiopulmonar al EAP.
Se realizaran dos sesiones informativas a la población sobre la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles. Previamente, se contactara con activos sociales del barrio para su difusión.
Se procederá a la recogida y análisis de los datos obtenidos del programa OMI-AP sobre: tipo de demanda, frecuentación, derivación a urgencias hospitalarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Reuniones de equipo previstas/ Reuniones realizadas (Estándar 75%)
2. Incidencias registradas/ Incidencias resueltas (Estándar 80%)
3. Sesiones informativas a la población previstas / Sesiones realizadas (Estándar 50%)
4. Sesiones de RCP previstas / Sesiones de RCP realizadas al EAP (Estándar 75%)
5. Porcentaje de profesionales del EAP que han asistido a los talleres de RCP (Estándar 80%)
6. Protocolos de actuación ejecutados (Estándar 40 %)
7. Análisis estadístico de los datos obtenidos, extraídos del programa OMI-AP por el servicio de Informática de Sector Zaragoza II

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones trimestrales del equipo del proyecto en: marzo, junio, septiembre, diciembre (M.J. Bernad)

Proyecto: 2019_0976 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

Realizar hoja de incidencias y difundirla al EAP: abril 2018 (A. Gómez)
Revisión del material: mensual (T. Gazulla)
Talleres de RCP: junio 2019, septiembre 2019, diciembre 2019 (R. Tomeo, C. Fogued)
Talleres a la población: septiembre 2019, noviembre 2019 (N. Ramos, M. Plumed)
Análisis de datos: noviembre 2019 (R. Tomeo, A. Gómez, M. Plumed)
Protocolos: durante el proyecto (C. Fogued, M.J. Bernad, C. Fogued)
Evaluación del proyecto y extracción de conclusiones: diciembre de 2019 (M.J. Bernad, A. Gómez, T. Gazulla, R. Tomeo, C. Fogued, N. Ramos, M. Plumed)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con el servicio de informática (Sector Zaragoza II)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología que requiera asistencia en el servicio de Atención Continuada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LA ALMOZARA

2. RESPONSABLE BELEN BRUN ALONSO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS LA ALMOZARA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUIZ SANNIKOVA OLGA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• ROCCA JIMENEZ MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• FUERTES EL MUSA FADIA. PEDIATRA. CS LA ALMOZARA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• SANCHEZ VELA ARACELI. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
• PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 5ª Revisión de Antimicrobianos de Importancia Crítica para la Medicina Humana, donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: importantes, muy importantes y de importancia crítica donde se incluyen los de máxima prioridad., en base a dos criterios, C1: utilidad para tratar infecciones graves y C2: utilidad para tratar bacterias que adquieren genes de resistencia. Y a partir de estos criterios, la OMS establece tres criterios de priorización. Las penicilinas y dentro de este subgrupo amoxicilina-clavulánico debería reservarse su uso por tratarse de un antibiótico de amplio al que se está incrementado el desarrollo de resistencias por determinados (E. Coli) de forma significativa.

Su uso está indicado en infecciones respiratorias comunitarias cuando sea necesario tratar H. influenzae o en infecciones potencialmente polimicrobianas o con participación de enterobacterias como E. coli o anaerobios. Debe evitarse su uso (existen alternativas igual o más eficaces con un espectro más reducido) para el tratamiento de infecciones producidas por S.pneumoniae o S. pyogenes (amoxicilina o bencilpenicilina) o S. aureus (cefalosporinas de 1ª generación).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP ALMOZARA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de amoxicilina-clavulánico a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias y de piel y partes blandas, reduciendo de este modo el uso de este antibiótico, y aumentando la proporción de prescripción de amoxicilina respecto a amoxi-clavulánico. En el año 2018 el % de envases de amoxicilina respecto a la suma de envases de amoxicilina y amoxi-clavulánico supuso un 48,7 %, porcentaje menor que en el Sector Zaragoza II: 56,5 %.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio, del tracto urinario y piel y partes blandas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con amoxicilina-clavulánico para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

Proyecto: 2019_1341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LA ALMOZARA

- Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%): N° envases de amoxicilina (J01CA04) / [n^o envases de (amoxicilina (J01CA04) + n^o envases amoxicilina-clavulánico) (J01CR02)] x 100
Valor 2018: 48,7%
Objetivo 2019: =54%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 51,91%
Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de piel y partes blandas
Valor 2018: 11,68 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de amoxicilina-clavulánico durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS LAS FUENTES NORTE
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA MUÑO RUBEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA ROY AFRICA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• CALERO FERNANDEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• GIL FERNANDEZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• SAZ FRANCO JOSE ANTONIO. PRESIDENTE DE ASOCIACION DE DIABETICOS. ASOCIACION DE DIABETICOS. ATENCION PRIMARIA
• CILLERUELO ENCISO SILVIA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha observado que cuando los pacientes son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los menos invasivos y a iniciar los tratamientos más precozmente, y pueden alcanzar decisiones de mejor calidad.

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida son un campo en clara expansión en la literatura científica, y se dispone de gran número de ellas, sobre todo en algunas áreas (cáncer de próstata, de mama y colorrectal, diabetes, asma, etc.). Su desarrollo está motivado, entre otros factores, por el uso apropiado de los recursos y la reducción de costes innecesarios, y la expansión de los criterios de mejora de la calidad de la atención en salud, al incluir la satisfacción de las personas con el asesoramiento acerca de las opciones disponibles.

Según los resultados de las evaluaciones realizadas sobre estas experiencias, destacan el aumento en la confianza del paciente para autocuidarse, las mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, y el incremento de la autoestima y de la actividad. Potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas, sobre todo en el contexto de atención primaria, utilizando programas tipo «paciente experto o activo», podría suponer una disminución del gasto asociado al consumo de medicamentos.

La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.

Los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación por iguales, en nuestra Comunidad autónoma no hay ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos evaluar la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Objetivo general:

Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

-Objetivos secundarios Segunda Fase:

-Alcanzar una mayor autonomía en autocuidados de los pacientes diabéticos y familiares.
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en alimentación y cuidado de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Realización de sesiones educativas grupales con Pacientes Activos (grupo intervención)
-Realización de sesiones educativas grupales sin Pacientes Activos (grupo control)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Evaluación en conocimientos de los pacientes en actividades grupales antes y después de la intervención, mediante encuesta validada con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior

-Mejor control metabólico de la Hg1A1c, con disminución de un 0,5% en los pacientes, pre y pos formación.
-Evaluación de hábitos saludables, por medio de videos pre y pos formación.
-Disminución del número de visitas a demanda al año en un 10%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Sesiones de educación grupal con la incorporación del Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.

-Sesiones de educación grupal sin Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.

9. RECURSOS NECESARIOS.

sala del reuniones del centro de salud, de la Asociación El Tranvía y de la Asociación de Diabéticos

-Recursos Humanos:

-Profesionales sanitarios del Centro de Salud Las Fuentes Norte:

*En el grupo intervención: impartirán un 30% de la formación grupal, en el 70% serán

observadores.

*En el grupo control: impartirán el 100% de la formación grupal

-Pacientes Activos con diabetes formados en el año 2018, darán el 70% de la

formación grupal en el grupo intervención.

Proyecto: 2019_0028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

-María Luisa Lozano: coordinación de la formación, evaluación de resultados.

-Silvia Cilleruelo: formación de pacientes, recogida de datos.

-Rubén García: formación de pacientes, recogida de datos.

-Inmaculada Gil: formación de pacientes, recogida de datos.

-Africa García: formación de pacientes, recogida de datos.

-Jose Antonio Saz: evaluación de los resultados.

-Esperanza Calero: formación de pacientes, recogida de datos.

-Pacientes con diabetes y Paciente de la Asociación de Diabéticos de Zaragoza: formación de pacientes.

10. OBSERVACIONES.

El proyecto esta aprobado por la CEICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0287 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE EVA MARIA PELET LAFITA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FRAILE MUÑOZ ALBA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES PEREZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GASPAS CALVO ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. FISIOTERAPIA EN AP
· BLASCO GASCA OLGA. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. FISIOTERAPIA EN AP
· MORENO FRAILE RAQUEL. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardíaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.

En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.

Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.

Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.

Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.

Apoio psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.

Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.

Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:

Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.

Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.

Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.

Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC

Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Proyecto: 2019_0287 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio amplio disponible para la realización de los talleres.

Material para la realización de los talleres: Ordenador y proyector, alimentos naturales y artificiales, cooxímetro.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SITUACION DE MANEJO DEL PACIENTE EPOC ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE AFRICA GARCIA ROY
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS LAS FUENTES NORTE
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ORIOL TORON PILAR ANGELES. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• CILLERUELO ENCISO SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• PEREZ CABALLERO MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• URDIN MUÑOZ BLANCA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA MUÑO RUBEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• SAIZ PEREZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una de las causas más importantes de morbimortalidad en los países occidentales, y su prevalencia sigue aumentando (11%), así como se mantiene un alto grado de infradiagnóstico (80%).

Atención Primaria (AP), como primer nivel asistencial, tiene una importante responsabilidad en la disminución del infradiagnóstico y en la adecuación de manejo de este paciente crónico pluripatológico.

Por las características de la población adscrita a nuestro Centro de salud (CS,) el número de pacientes EPOC atendidos en nuestras consultas es elevado. Pero en la línea de lo que ocurre en el resto del sector II y nuestra CC. AA, persiste un infradiagnóstico de la enfermedad, al que se añade una precariedad en el seguimiento, reflejada en los Indicadores de Acuerdos de Gestión del Cuadro de Mandos Crónicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Objetivo principal
Mejora del manejo del paciente EPOC estable en el CS Las Fuentes Norte.
- Objetivos secundarios:
 1. Disminuir el infradiagnóstico de la EPOC.
 2. Mejorar el primer escalón terapéutico del EPOC:
 - o Fomentar la deshabituación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
 - o Fomentar la vacunación adecuada según recomendación actual vigente.
 - o Facilitación de la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores).
 3. Conocer la situación actual de manejo del EPOC en nuestro CS para establecer las líneas de intervención.
 4. Favorecer la asociación de pacientes EPOC y seleccionar un grupo representativo que facilite su intervención en el proceso educativo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante el 2019 procederemos a:

- a) Difusión del proyecto.
- b) Actividades Formativas:

Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante sesiones clínicas sobre:

 - Intervención antitabáquica.
 - Difusión de las recomendaciones de evaluación y tratamiento de las guías de referencia GOLD y GesEPOC.
 - Manejo de herramientas facilitadas en OMI-AP.
 - Otros: Talleres de espirometría, manejo de inhaladores, etc.
- c) Establecimiento y difusión del circuito de citación en agenda específica de consulta antitabaco.
- d) Elaboración de material:
 - Metodología 1-7-15-30-90, de intervención intensiva antitabaco.
 - Protocolo de manejo del paciente EPOC estable.
 - Material de soporte informático para seguimiento por enfermería con Educación Sanitaria sobre nutrición, actividad física, Técnicas de inhalación etc.
- e) Estudio de la situación de manejo del paciente EPOC en nuestro CS:

Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de la historia clínica sobre el total de pacientes con EPOC seguidos en nuestras consultas y suplementación con encuesta estructurada.
- f) Creación de grupo de pacientes EPOC.

Durante el 2020 se pondrán en marcha las herramientas elaboradas en el 2019, reevaluándose la situación de manejo mediante los indicadores propuestos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Para la evaluación del proceso consideraremos:
 - o Durante el 2019:
 - Completar las sesiones de formación del EAP con un mínimo de asistencia de 70%.
 - Diseño de algoritmo de seguimiento del paciente EPOC estable del CS Las Fuentes Norte.
 - Elaboración de las herramientas de intervención clínica antitabaco y Educación Sanitaria
 - Estudio observacional.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1260 (Acuerdos de Gestión)

SITUACION DE MANEJO DEL PACIENTE EPOC ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- o Durante el 2020:
 - Trasmisión de resultados y definición de objetivos.
 - Difusión periódica de mensajes de seguimiento.
 - Formación de los profesionales.
 - Formación grupal de pacientes: Talleres de inhaladores trimestrales.
 - Estudio observacional.
- Respecto a la intervención clínica:
 - o Durante el 2019
- Indicadores de Acuerdos de Gestión:
 - I1: Prevalencia de EPOC: Situación de partida 3%, estándar 5%.
 - I2: EPOC síntomas: Situación de partida 10%, estándar 20%.
 - I3: EPOC Vías Aéreas: Situación de partida 0%, estándar 20%
- o Durante el 2020, reevaluación de indicadores tras implementación de actividades y herramientas propuestas.
- Indicadores de Acuerdos de Gestión: estándares I1:7%, I2 y I3: 50%
- Otros Indicadores: Cuyos estándares se establecerán en función de los resultados obtenidos en el estudio observacional.
 - I4: Porcentaje de evaluación de riesgos bajo o alto.
 - I5: Porcentaje de pacientes EPOC con fenotipo establecido.
 - I6: Porcentaje de pacientes EPOC fumadores (Prevalencia de tabaquismo en EPOC).
 - I7: Grado de intervención antitabaco, tanto breve como intensiva en consulta antitabaco.
 - I8: Grado de valoración de adherencia al tratamiento por TAI.
- Para la evaluación de la intervención comunitaria:
 - o En 2019: Creación de grupo de pacientes EPOC y selección de temas de interés mediante encuesta.
 - o En el 2020
 - Reuniones periódicas con los representantes del grupo.
 - Intervención grupal con sesiones sobre los temas de interés seleccionados.
 - Previsión de reuniones en la fundación El Tranvía para compartir experiencias y resolver dudas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto planteado para realización en dos años. La primera fase, de mayo a diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA SANCHEZ CALAVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNADEZ ZUECO MARIFE. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALFONSO FALCON MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE ORTILLES MARIA TERESA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARTO SERRANO MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MANERO ADRIANA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BERNAD HERNANDO SONIA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SERRANO MIGUEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP LAS FUENTES NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,4 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas
2-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
3- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 20,4 %

Objetivo 2019: <18 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 79,27 %

Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio

Proyecto: 2019_1338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponemos de los recursos humanos y materiales suficientes. Solo necesitamos tiempo, por lo que solicitamos un día por profesional, es decir 8 días, para revisar los indicadores.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0972 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

2. RESPONSABLE OLGA BLASCO GASCA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD HONTORIA ANGEL. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. FISIOTERAPIA EN AP
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BAILO VINUES LORENA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SASTRE MOHAMED SARA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MANERO ADRIANA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cada vez hay más estudios que demuestran la importancia de realizar actividad física y de reducir el sedentarismo para la mejora de la salud, prevención de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida y la esperanza de vida, es decir vivir más y mejor.

El elevado coste económico que supone para el sistema de salud y la incidencia de las patologías neuromusculoesqueléticas pone de manifiesto la necesidad de crear un programa de prevención de lesiones basada en el ejercicio terapéutico implementado por profesionales sanitarios desde Atención Primaria

El Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030 (GAPPA) establece 4 objetivos estratégicos alcanzables a través de 20 medidas normativas, actualmente aplicable a todos los países, reconociendo que cada país se encuentra en un punto de partida diferente en sus esfuerzos de reducir los niveles de inactividad física y comportamiento sedentario:

- 1: crear sociedades más activas
- 2: crear entornos activos
- 3: crear personas activas
- 4: crear sistemas activos

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Educación, Cultura y deporte han confeccionado una Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS presentando las Recomendaciones Nacionales de actividad física para la salud, reducción del sedentarismo y del tiempo de pantalla para toda la población, normas adaptadas de las utilizadas por la OMS.

Estas recomendaciones se dirigen a toda la población y a profesionales del sector sanitario, deportivo y educativo fundamentalmente, que a su vez podrán reforzar la difusión y reconocimiento de dichas recomendaciones. Las recomendaciones se ajustarán individualmente y para ello el MSSSI indica que será el centro de salud el lugar donde se le adaptarán las recomendaciones y se derivará al recurso que proceda.

Para implementar esta línea de trabajo desde Atención Primaria, los profesionales tienen que formarse en la materia y deben experimentar en ellos mismos el bienestar que da el mantenerse activo (agilidad física, bienestar mental, reducción de estrés y del riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, mejora del sueño y de la función cognitiva, fomento de sociabilidad). Esta necesidad de formarse fue detectada tras la evaluación de la Escuela de Espalda realizada el año pasado, en la que los profesionales sanitarios manifestaron ciertas carencias respecto al conocimiento y manejo de estas dolencias, así como la necesidad de reforzar los conocimientos teóricos adquiridos mediante sesiones prácticas, que fomenten el autocuidado y permitan mejorar el abordaje en la población.

Con este proyecto se pretende que los profesionales del CS Las Fuentes Norte adquieran los conocimientos y habilidades en el manejo de cuidados higiénico posturales para sus pacientes a partir de su propia experiencia de aprendizaje.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Mejorar los conocimientos de los profesionales en relación a los cuidados de espalda sana
2. Dotar a profesionales de recursos para el cuidado de la espalda
3. Aumentar las habilidades de los profesionales en relación al cuidado de la espalda
4. Asesoramiento al profesional sanitario para posterior educación al usuario
5. Incorporar la educación en espalda sana en la práctica clínica diaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Encuesta previa y posterior al programa de la actividad física y hábitos de higiene postural de los profesionales
Test de conocimientos de los profesionales sobre los cuidados de espalda sana

Sesión formativa teórica

Elaboración de material didáctico y recursos de educación a pacientes

Taller práctico formativo

Elaboración de un decálogo de recomendaciones para la espalda sana

Incorporación de los cuidados de espalda sana en la practica asistencial

Difusión del proyecto en el Equipo de A. Primaria, Consejo de Salud y Comunidad

Incorporar la recomendación de activos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0972 (Acuerdos de Gestión)**

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Encuesta de satisfacción. Valoración Escala tipo Lickert :Estándar 70% valoración 4 o 5
Nº de profesionales acuden a las sesiones. Estándar 60%
Mejora de conocimientos : Encuesta pre y post test
Evaluación de habilidades de los profesionales mediante rejilla de observación.
Nº actividades de difusión realizadas(EAP, Consejo y Comunidad)
Valoración de la recomendación posterior de los cuidados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero a Diciembre de 2019

Enero-Febrero 2019: formación del equipo, elaboración del proyecto. Todos
Marzo 2019:información al equipo. (Blasco)
Abril 2019: elaboración de cuestionarios y material didáctico. (Martes, Forés y Armalé)
Mayo- Junio- Julio 2019: encuestas (Sastre), sesiones y talleres (Blasco y Abad)
Septiembre 2019: divulgación del decálogo y experiencias. (Bailo y Martinez)
Octubre 2019: realización de encuesta posterior y encuesta de satisfacción. (Sastre)
Noviembre 2019: evaluación de los datos obtenidos. (Todos)
Diciembre 2019: presentar datos finales al equipo. (Abad)

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ordenador, cañón, sala multiusos, reprografía, colchonetas, sillas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0799 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3 EDAD

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GARCIA DE CASTRO

- Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
- Centro CS LAS FUENTES NORTE
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA. HIGIENISTA DENTAL. CS LAS FUENTES NORTE. SALUD BUCODENTAL
- FERNANDEZ ZUECO MARIA FE. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- HERNANDEZ SERRANO MIGUEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SARSA GOMEZ ANA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BAILO VINUES LORENA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SASTRE MOHAMED SARA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado en la población de mayor edad (>75 años) del barrio urbano Las Fuentes de Zaragoza, un desconocimiento en relación con la salud bucodental. A esta conclusión se ha llegado en la consulta de Odontología del Centro de Salud en las visitas que los pacientes realizan con frecuencia para la realización de exodoncias dentarias y otras patologías.

Este desconocimiento esta motivado por la falta de información que esta población presenta con respecto a la higiene bucodental, el mantenimiento y la reposición de piezas dentarias.

Existe la falsa creencia de que la edad conlleva el abandono de la cavidad oral y el deterioro de la función masticatoria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar los principales problemas bucodentales que afectan a las personas mayores
- Determinar las necesidades educativas en materia de salud bucodental de la población mayor, del Centro de Salud " Las Fuentes Norte "
- Elaboración de un programa educativo de salud bucodental,
- Implementar el programa educativo de salud oral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se realizará la exploración de la cavidad oral a aquellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de Odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población
- Se preparará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente; dicho cuestionario se facilitará a los pacientes en el momento de ser atendidos en la unidad. Será presentado también por los médicos de familia en sus respectivas consultas.
- Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario.
- Realización de la intervención educativa mediante de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, Se facilitara la participacion activa de los asistentes para que puedan exponer sus inquietudes.
- Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes atendidos en la unidad USB que han participado en el programa educativo. Estandar 70 %
- % de desconocimientos que han sido abordadas en la programa educativo. Estándar: 80 %
- Grado de satisfacción de los pacientes mayores de >75 en relación programa educativo de salud bucodental. Estándar: Nota media >4 sobre 5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo:
Se elaborará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente.
Responsables: M^a Teresa García de Castro. Marta Rello Pedro de Alcantara

Abril- Septiembre

- Exploración de la cavidad oral a ellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población.

Responsable: M^a Teresa García de Castro.

- Cuestionario en materia de salud bucodental

Responsable

Octubre-Noviembre

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0799 (Acuerdos de Gestión)**

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3 EDAD

Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario y en la exploración de cavidad oral.

Responsable: M^a Teresa Garcia de Castro

Implementación de la intervención educativa con soporte audiovisual y la realización de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, ...Esta previsto la realización de 3 sesiones en la biblioteca del centro de salud..

Responsables: M^a Teresa García de Castro (Médico-estomatólogo). Marta Rello Pedro de Alcantara.(higienista dental)

Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios a finalizar la charla educativa

Evaluación a final de año.

Responsable . M^a Teresa Garcia de Castro

9. RECURSOS NECESARIOS.

En la unidad de reprografía se solicitara la impresion de los cuestionarios y de folletos informativos. Se solicitara al Centro de salud el aula biblioteca para las sesiones asi como el proyector.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Bucodental
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

2. RESPONSABLE MERCEDES DIAZ RUBIRA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA RUIZ DIANA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
- CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- 1-Vistas las necesidades y características de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es pasear en grupo.
- 2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud, informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando la oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1-Mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardio-respiratorio de los participantes.
- 2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
- 3-Ofrecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la sociedad aragonesa de cardiología y tutelado por voluntarios del Ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
- Se ha mantenido contacto telefónico y por e-mail con la Agencia de Medioambiente y sostenibilidad.
- La comisión creada para esta actividad del Centro de salud, se reúne una vez por semana para planificar el desarrollo de la misma.
- La captación de participantes se va a hacer desde las consultas y através de carteles y folletos informativos.
- La actividad empezará diariamente a las 9.50h. frente al Centro y consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Miraflores y 10 minutos finales de estiramiento
- Se dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los 3 meses para evaluar el beneficio obtenido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Evaluación mediante encuesta a los participantes, al inicio y a los tres meses de comenzar la actividad.
- 2- La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, satur. O2, peso, etc y subjetivas : ¿ Que pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc.
- 3- Realizar la actividad durante al menos dos periodos de tres meses.
- 4- Que terminen la actividad al menos el 50% de los participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Comenzaremos hacia finales de Marzo de 2019 hasta el 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de Septiembre según los resultados obtenidos.
- Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Carteles y folletos informativos, pulsioxímetros.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología crónica no grave.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0842 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

2. RESPONSABLE MERCEDES DIAZ RUBIRA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GRACIA RUIZ DIANA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
• CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
• FUERTES ROCAÑIN PILAR. MEDICO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
• VELA CONDON PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
• LINARES QUERO JESUS. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
• DEL PILAR ORTA BERNAL TATIANA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo General:

Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad. La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:

- Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
- Recopilar los recursos comunitarios existentes.
- Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
- Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
- Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Primera etapa:

Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:

1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:

- Infante - Juvenil <18 años,
- Edad Adulta de 18 a 65 años
- Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:

Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 - 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
- De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
- Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
- Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
- Duración de la elaboración del Proyecto un año.
- Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 2020.

Proyecto: 2019_0842 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

- 9. RECURSOS NECESARIOS.
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0931 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

2. RESPONSABLE PAZ ARROYO CLEMENTE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La determinación de microalbuminuria, La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria. Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un grupo de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, valoración del rediseño del volante de petición del perfil de diabetes, rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina. Formación en el registro de actividades personales para el personal de nueva incorporación. Formación y adecuación de las estructuras para el pie diabético.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Microalbuminuria incremento del 10%
Exploración pie diabetico incremento del 10%
Riesgo de pie diabético incremento del 10%
Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
-Enero 2019. AMFE (ya realizado)
-Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
-La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0932 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE JUANA MARI JULIAN CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP.
Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos. 35-45%.(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías crónicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CACERES ESPADA AMELIA TERESA. MATRONA. CS REBOLERIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CACERES CALLEJA OLGA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Después de 2 años del programa de "Alimentación y apoyo a la crianza"

Se aprecia la necesidad de abrir el programa a personas externas a la crianza, Colegios, Comunidades específicas (magrebi, gitano, etc) que pueden necesitar de la información para ayudar al desarrollo adecuado de los pacientes y evitar los problemas entre otros de obesidad infanto-juvenil y su repercusión en la vida adulta adquiriendo conocimientos de vida y alimentación saludable .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

&) Mejora de los conocimientos de los individuos adultos jóvenes para hacerse responsables de su alimentación y de su desarrollo,

&) Señalar los errores que se aprecian, clarificarlos ; valorar los riesgos de actitudes que llevan a enfermedad y de las informaciones falsas que pueden tener de Internet ...etc

&) Dar soporte emocional a los responsables que intentan educar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ç) Desarrollo De las Sesiones Seleccionadas y Ampliadas del Programa anterior " alimentación y apoyo a la crianza",

ç) Programación de un calendario .

ç) Comunicación Centro Municipal de Servicios Sociales " La Madalena" (para difundir a los grupos especiales); Colegios, Institutos de la zona que acudan a estas sesiones.

ç) Realización de las Sesiones por el responsable y colaboradores ; Y generar un tiempo de dialogo para compartir dudas y preguntas.

ç) Propuestas de nuevas pautas y acciones de mejora, por todos los implicados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

§§) Los profesionales implicados desarrollaran y expondrán los temas a desarrollar,

§§) Elaborarán una encuesta para valoración de de los beneficios obtenidos : N° de personas que contestan adecuadamente test/ n° de personas encuestadas => del 75%.

§§) Valoración de la satisfacción. N° de personas que señalan las sesiones como Buenas / muy buenas / N° de personas totales que contestan => 85%

§§) Valoración de la satisfacción de los Servicios Sociales y Educativos, implicados conjuntamente de la actividad realizada. Buen / Muy Buena => 75%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las sesiones se desarrollaran en horario de 9:30 -11:30 los viernes iniciando en Marzo, durante 2019.

Control cada cuatrimestre pasando un test de satisfaccion

9. RECURSOS NECESARIOS.

Preparacion de los temas, Contactos con colegios y servicios sociales para puesta en comun e informacion .salas en el centro de salud y colegios proyectores

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EDUCACION ALIMENTARIA PARA LA SALUD

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROGRAMA DE DIABTES EN EL C.S. REBOLERIA

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ MERCADO ANGELA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON FELIUS ALICIA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· BOSQUE MORENO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro del contrato de programa del 2019, esta el "Programa de diabetes " Se ha observado el registro deficiente del programa. Realizamos varias actividades que no quedan registrados lo que da inestabilidad en el control del paciente.

Para mejorar esta situación los responsable señalados valoraran, si estas actividades no se realiza y si se hace por que no se registra adecuadamente .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo es para mejorar en las gestión de indicadores y consecuentemente la atención a estos pacientes con la consiguiente satisfacción de la población y de los profesionales .

Las actividades a observar seran:

- *Hemoglobina glicosilada .
- *Evaluación del pie diabeticco ...
- *Filtrado Glomerular.
- *Microalbuminuria.
- *Fondo de ojo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1º) Valoración por los responsables del programa de P del diabeticco de salud del 2018, del estado actual del programa de diabetes, con los indicadores de pie diabeticco, filtrado glomerular, Microalbuminuria, HbA1c, y fondo de ojo

2º) Observación de los fallos e impedimentos que llevan a esta registro.

3º) Realización de sesiones por los profesionales responsables; para todo el centro de salud ;en donde se explique de nuevo el programa y los fallos que hayan aparecido en la 1º evaluación .

4º) realización al final de año de nuevo registro del programa y valorar la mejora realizada.

5º)pasar encuesta de satisfacción para los profesionales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

§Mejorar en la realización de los indicadores de control del paciente diabético en un 30%. midiendo el nº de actividades realizadas / nº de actividades totales que se deben realizar en los diferentes puntos

- *Hemoglobina glicosilada .
- *Evaluación del pie diabeticco ...
- *Filtrado Glomerular.
- *Microalbuminuria.
- *Fondo de ojo

§Aumentar la satisfacción de los profesionales comprobando el buen hacer por la encuesta de satisfaccion Satisfaccion con los resultados Buena Muy buena en un 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Valoracion inicial en Marzo-Abril ; Reunion y Sesion .del cuadro de mandos del P de diabets a medico y enfermeras Mayo, y Valuacion final y resultados en Diciembre 2019 y enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Investigacion del estado actual del program de Diabetes en OMI por los responsable (consiguiendo los correspondientes permisos).

Realizacion de Sesion informativa a todo el centro de SaluD enla Sala de sesiones, nueva evaluacion a final de año.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0366 (Acuerdos de Gestión)

MEJORA DE LA GESTION DEL PROGRAMA DE DIABTES EN EL C.S. REBOLERIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA FUNDACION "EL TRANVIA"

2. RESPONSABLE MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO FERNANDEZ LAURA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GINER HUESCA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· CARRION AMBRONA SARA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· NOGUERA PEREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· MAGAÑA BALANZA SARA. PROFESOR/A. CS REBOLERIA. EDUCACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el mes de Octubre del 2018 que se inicio el programa de Boockcrossing y el seguimiento hemos realizado en estos meses; hemos evaluado esta puesta en marcha del proyecto:
Con un resultado inicial de éxito en pediatria y pero no se ha obtenido los mismos resultados en las consultas de Atención Primaria con un importante desconocimiento por parte de la población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera; para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que, a veces, la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.

Y con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro, mejor comunicación y hacerles llegar el porqué (silencio en sala de espera, lectura tranquila ... y como debe manejarse con los libros)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Marzo 2019
** Mantener las estanteria de los sucesivos libros en pediatria y en el CS Reboleria a la entrada del centro
** Colocación de Carteles informativos : Meses Marzo y Abril en todas las salas de espera e incluir algún libro en estantes y sillas recordando donde se pueden coger mas (a la entrada del centro)
** Carteles explicativos del manejo de uso de los Libros y su objetivo
** Mantener el Programa: fichero y gestión de libros .todo el año

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El responsable a cargo: realizara el control de libros dentro de su horario laboral y en las horas que deje posible su actividad laboral y si fuera necesaria se ajustara horas de apoyo. Y Emitirá una valoración personal del programa. Sobre su efectividad, las dificultades y posible mejoras
Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ; conocimiento del 75% de los encuestados
** N° de libros que quedan en los estantes..
** Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera
Objetivo 75% Buena / Muy Buena

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración : Todo el año 2019
Incorporación de carteles informativos en las salas de espera los meses de Marzo y Abril.
Incorporación sucesiva de los libros que vayan incorporándose al fichero.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colocación de carteles informativos en todas las salas de espera con información de manejo de libros.
Realización de encuestas anónimas de conocimiento del programa y la satisfacción incluyendo el ruido.

10. OBSERVACIONES.

Este es un proceso a largo plazo, seguiremos evaluando la satisfacción, los profesionales y bastantes voluntarios de diferentes asociaciones se han implicado en este proyecto y ha ayudado mucho a su puesta en marcha y desarrollo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA FUNDACION "EL TRANVIA"

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Calidad ambiental en CS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE DE TABACO/EPOC EN EL C S REBOLERIA

2. RESPONSABLE ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Como continuidad del año anterior se observa una mejoría en la derivación de los pacientes que acuden a la consulta monográfica de deshabitación tabaquica, deseamos aumentar la asistencia basada en la calidad de la derivación a dicha consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la derivación y efectividad de la consulta monográfica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de una sesión clínica de recordatorio de la forma correcta de derivación a esta consulta, que se realizará por los responsables de este proyecto.
Revisión del ajuste horario para dar mayor accesibilidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentajes de clientes citados que acuden a la consulta: Número de pacientes que acuden / Número de citas citadas
El objetivo del año anterior fue 70-80%, para este año sería el 90%.

Porcentajes de pacientes que acuden sin tener la valoración de la motivación de dejar de fumar: N° de pacientes con prueba de Richmon> 6 / n° total de pacientes citados se debe mantener el 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año.
- Sesión clínica al equipo en el mes de mayo 2019.
- Revisión de datos en diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Creación y mantenimiento de una consulta monográfica para deshabitación tabaquica.
Ajuste de agenda para cubrir las necesidades de los usuarios.
Material necesario: cooxímetro y material didáctico de apoyo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ZAPATA ABAD
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS REBOLERIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• LIZANDRA FRON VICENTE. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• MURILLO MEDEL CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRO AZNAREZ GLORIA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA RUIZ MARIA TERESA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• UBALDE SAIN JESUS. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ GRACIA MARIA DOLORES. PEDIATRA. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP REBOLERÍA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1) Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- 2) Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- 3) Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1) N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- 2) N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- 3) Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
-Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 3,0 %
Objetivo 2019: =2,0%

Proyecto: 2019_1186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

4) Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 60,66 %

Objetivo 2019: Disminuir

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias

Valor 2018: 20,85 %

Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario. Responsable Vicente Lizandra Fron

- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo. Responsable Conchita Castillo Lueña

- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018. Responsable Mª Teresa Zapata Abad

9. RECURSOS NECESARIOS.

Necesitaríamos un retroproyector para la formación de los profesionales

10. OBSERVACIONES.

Agradecemos a la unidad de farmacia del sector 2 su ayuda en la identificación de los pacientes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· CARRION AMBRONA SARA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GUTIERREZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· ARIZON DEZA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· ZAPATA ABAD MARIA TERESA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· TORRES GARCIA MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS REBOLERIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ROMERO FERNANDEZ LAURA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los Centros Municipales de Convivencia para Personas Mayores pretenden ser espacio de encuentro para los Mayores, impulsando la apertura del colectivo hacia su entorno personal y social. Para ello, ofrecen servicios y actividades de carácter formativo, actividades de ocio, de participación social y voluntariado. Estos centros pueden ser activos para la salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Promover el envejecimiento activo.
-Mejorar el bienestar físico y emocional y evitar el aislamiento social.
-Reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana.
-Facilitar la recomendación de activos para la salud desde el EAP.
-Facilitar la coordinación entre AP y los servicios para personas mayores.
Está dirigido a las personas > de 60 años jubiladas o pensionistas, con autonomía, que presentan condiciones de salud crónicas y con las siguientes características:
- Personas en las que haya que potenciar la actividad física, habilidades cognitivas, psicológicas o sociales.
- Personas con nivel alto de sedentarismo sin limitación funcional.
- Personas con bajo estado emocional sin enfermedad mental grave.
-Personas en situación de aislamiento o que han tenido una pérdida de familiares directos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La recomendación de activos comunitarios se realizará por los profesionales sanitarios y sociales del EAP mediante la entrevista clínica motivacional a personas que cumplan al menos uno de los anteriores criterios:
(Es importante diferenciar la recomendación general que se viene haciendo desde los C.S desde hace años a los pacientes para que se inscriban, si lo creen conveniente, en actividades que promuevan la actividad física y el bienestar personal y social, de la recomendación más formal de activos comunitarios que en este texto se describe. Es en este segundo caso, cuando se utilizará el protocolo de Recomendación de activos habilitado para tal caso en OMI-AP.) Se creará el "episodio" que corresponda en la historia clínica de OMI ("sentimiento de soledad", "viudez", "muerte miembro familiar", "aislamiento social", etc) desde el desplegable de "protocolos se clic en "recomendaciones de activos de la salud" y desde allí se imprime para entregar al paciente dos documentos: Una receta de prescripción de activos indicando la necesidad (promoción de la salud física, psicológica o social) y una hoja de información (dirección, teléfono, horario de atención, persona de contacto y mapa de google con la localización)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación ANUAL

INDICADORES:

A. NÚMERO DE PERSONAS DERIVADAS desde el C.S Rebolería al Centro Social (dato directo de médicos y enfermeros): entre 20 y 30 .
B. GRADO DE ASISTENCIA (OMI). >50% de las personas derivadas acuden de forma "REGULAR"
C. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE (OMI). En una escala de 1 a 5, un 50% >4.
D. VALORACIÓN GRADO MEJORA DEL PROFESIONAL (OMI): En una escala del 1 al 5, un 50% de las personas derivadas, consigan una puntuación >4, de mejoría subjetiva por parte del profesional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Septiembre 2018. Formación de la responsable del grupo de Comunitaria del C.S en Recomendaciones de Activos de Salud (Laura Romero)
2. Octubre 2018. Sesión formativa a los componentes del Grupo de Comunitaria. (Laura Romero, Ana Isabel Echeverri)
3 Se expone el Proyecto a todo el Equipo del C.S incluyendo Admisión y Trabajo Social. Tras la exposición, se acuerda por mayoría implantar el proyecto. Laura Romero, Ana Isabel Echeverri).
4. Enero 2019. Reunión de dos responsables del grupo de Comunitaria con el Director del Centro Social de Mayores del barrio, dependiente del Ayuntamiento. (Carmen Brun, Laura Romero)
5. Febrero 2019. Reunión del Equipo del C.S con el Director del Centro de Mayores para darlo a

Proyecto: 2019_1461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

conocer, y definir los perfiles de las personas a enviar. Se consolida el acuerdo con todos los miembros del Centro de Salud. Se acuerda derivar en el primer año, menos de 20 personas, por ser un programa piloto (aproximadamente una por profesional). Al año de su implantación nos reuniremos con Dirección del Centro de Mayores para poder ampliar la oferta. (Carmen Brun, Ana Isabel Echeverri).

6. Marzo 2019. Reunión del grupo de Comunitaria para definir los criterios de evaluación del proyecto. (Ana Isabel Echeverri).

7. Marzo 2019. Comenzamos a derivar desde OMI a las personas del perfil indicado. (Ana Isabel Echeverri).

8. Marzo 2020. Evaluación del Proyecto y nueva reunión con Dirección del centro de Mayores para ampliar la oferta. (Ana Isabel Echeverri).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del servicio de informática para incluir la "Recomendación de Activo de Salud" en los "protocolos" de OMI.

Colaboración de un experto, para la evaluación del proyecto, en apartado de OMI (Belén Benedé)

10. OBSERVACIONES.

Agradecimiento a Belén Benedé por el asesoramiento en este programa, propuesto en el curso de Recomendaciones de Activos de Salud

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Depresión, ansiedad, sedentarismo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

2. RESPONSABLE OLGA BLASCO RONCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER. PEDIATRA. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· RAMOS FRAILE NURIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· REQUENO JARABO NURIA. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· CARO REBOLLO JOSEFINA. PEDIATRA. CS ROMAREDA (SEMINARIO). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GRIMAL ALIACAR FERNANDO. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,9 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 20,9 %

Objetivo 2019: <18 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 85,38%

Objetivo 2019: Disminuir

Proyecto: 2019_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II.C.S.ROMAREDA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO BENEDI ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ROYO NOELIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· MORALES ABAJO OLGA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· FELEZ RIPOLL CONCEPCION. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo.

La mayoría de pacientes atendidos en atención primaria presenta multimorbilidad, y ésta aumenta con la edad. Está asociada a un mayor consumo de recursos asistenciales así como a un peor nivel en la calidad de vida .

Paciente Crónico complejo: aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociosanitarios

La atención a los pacientes con condiciones crónicas y/o frágiles implica la coordinación de distintos servicios (atención ambulatoria, atención hospitalaria y/o servicios sociales) cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar la descompensación de su enfermedad y las hospitalizaciones que pudieran derivarse de este deterioro.

En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).

Los datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, en el Sector II, no supera el 50%, y los planes de intervención confeccionados, supone tan solo un 20 %

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.

Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC

Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en nuestro EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Designar un responsable del proyecto que coordine

Formación de todos los profesionales del equipo para una correcta identificación y captación PCC y registro adecuado en OMI

Proporcionar herramientas para facilitar autocuidados

Educación al paciente y cuidador

Planes de intervención orientados a identificar factores de riesgo de descompensaciones y seguimiento adecuado

Verificar que los circuitos asistenciales para el PCC funcionan adecuadamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.

35-45%

% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.

65-70%

(Diciembre 2018

% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.

35-45%.

(Diciembre 2018, 30%).

% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.

20-25%.

(Diciembre 2018, 14%).

% PCC con enfermería identificada.

80-90%.

% PCC con familiares-cuidadores identificados.

80-90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión formativa dirigida a todo el Equipo Mayo 2019

Designación del responsable del proyecto Abril 2019

Formación familiares y pacientes .De abril a Octubre 2019

Inicio Proyecto de Mejora.Junio 2019-Junio 2020

Proyecto: 2019_1111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II .C.S.ROMAREDA

Monitorización indicadores: Octubre 2019 Y febrero 2020
Evaluación resultados obtenidos Junio 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes pluripatologico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES

2. RESPONSABLE FERNANDO GRIMAL ALIACAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SUÑEN EZQUERRA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
- GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
- ALONSO BENEDI ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
- PUEYO ROYO NOELIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
- MINGUIJON BRAVO CONCEPCION. TCAE. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
- MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA. TCAE. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existen problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:

La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HbA1c en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementarla cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementarla cobertura de exploración de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.

Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.

Formación en Pie diabético

: Por qué debe explorarse y cómo se explora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10%

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10%

Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

abril -junio 2019: Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.

Junio-diciembre 2019: registro evaluación pie diabético, incluido doppler si disponible

9. RECURSOS NECESARIOS.

Doppler

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES

Proyecto: 2019_0111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

2. RESPONSABLE MARIA OLGA PASCUAL RUBIO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ HERVAS AZUCENA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• LINARES QUERO JESUS. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• ARCE FLORES AMPARO. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

1-Vistas las características y necesidades de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es el pasear en grupo.
2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud, informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardiorespiratorio de los participantes.
2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
3-Ofrecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la Sociedad Aragonesa de Cardiología y tutelado por voluntarios del ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
-Se ha mantenido contacto telefónico y por email con la Agencia de Medioambiente y Sostenibilidad.
-La comisión creada para esta actividad del Centro de Salud se reúne una vez por semana, para planificar el desarrollo de la misma.
-La captación se va a hacer desde las consultas y a través de carteles y folletos informativos.
-La actividad empezará diariamente a las 9h50 enfrente del Centro, que consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Pignatelli y 10 minutos finales de estiramiento.
-Se les dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los tres meses para evaluar el beneficio obtenido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1-Evaluación mediante encuesta a los participantes al inicio y a los tres meses de comenzada la actividad.
2-La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, Satur O2, etc y subjetivas: ¿Qué pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc
3-Realizar la actividad durante al menos 2 periodos de tres meses.
4-Que termine la actividad al menos el 50% de los integrantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Comenzaremos el 1 de Marzo de 2019 al 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de septiembre, según resultados obtenidos.
-Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Carteles y folletos informativos proporcionados por el ayuntamiento
-Encuestas elaboradas por el personal de la comisión
-Tres Pulsioxímetros para los paseos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología crónica no grave.
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"MANDA A PASEQ TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

Proyecto: 2019_0692 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

2. RESPONSABLE CARMEN ARENAZ CAJAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGUAS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARI LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ARCE FLORES AMPARO. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la creación y puesta en marcha del cuadro de mandos de diabetes, en el C.S. Sagasta-Ruiseñores observamos dos problemas mantenidos en el tiempo en la cobertura de actividades de la estrategia de diabetes:

- 1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de pacientes diabéticos, presenta una cobertura sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en dicho perfil en el último año (LDL; HbA1c...). Dicha cobertura es del 36%, un 6% menor a la media obtenida en el Sector II de Atención Primaria de Zaragoza, lo que denota la necesidad de mejorar la implantación de esta medida como prevención secundaria ante el riesgo de mortalidad cardiovascular derivada de la diabetes mellitus.
- 2.La exploración del pie diabético tiene una cobertura del 17% y la evaluación del riesgo del 10% del total de los pacientes. Una mayor implicación de los profesionales del centro de Salud Sagasta Ruiseñores en el registro de estos indicadores permitirá incidir sobre los posibles cambios de estilo de vida necesarios y/o reforzará positivamente aquellos hábitos saludables. con todo ellos podremos trabajar para reducir el riesgo de presencia de complicaciones mayores como ulceraciones y/o amputaciones de miembros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General: Implementar medidas incluidas en la cobertura de los pacientes diabéticos que permitan aumentar su seguridad clínica disminuyendo el riesgo de complicaciones derivadas de la enfermedad.

Específicos:

- Incrementar la cobertura en la determinación de microalbuminuria en los pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta Ruiseñores en el año 2019.
- Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético y valoración de riesgo en estos pacientes en el año 2019.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación de un grupo de expertos para formar al resto de profesionales del centro.
- Se procederá a valorar las debilidades y fortalezas del circuito de extracciones con el objeto de verificar que la presentación de la muestra de orina sea correcta. En el caso en que el paciente acuda a la extracción sin muestra de orina, se le facilitará un recipiente para la recogida de la muestra en ese momento.
- Se realizarán las sesiones formativas necesarias para que el personal de enfermería adquiera los conocimientos adecuados para la correcta exploración, evaluación y registro del pie diabético, así como para concienciar de la importancia de solicitar y registrar la determinación de microalbuminuria.
- Se realizarán sesiones formativas sobre el uso de monofilamento, doppler y aparato de Índice tobillo-brazo en la exploración del pie diabético, disponiendo para ello del material necesario.
- La evaluación del programa se realizará en Enero de 2020.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.

Período de tiempo: 3 meses.

Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de recogida: trimestral

Standar: El 46% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.

- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año. Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de la recogida: Trimestral.

Standar: el 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año.

- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0692 (Acuerdos de Gestión)

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

valoración del riesgo de pie diabético en el último año.

Período de tiempo: 3 meses

Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de la recogida: trimestral

Standar: El 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de valoración del riesgo de pie diabético en el último año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Constitución del grupo de expertos: Marzo 2019

- Valoración del circuito de extracciones: Marzo 2019

- Sesiones formativas a los profesionales del Centro de Salud: Abril 2019

- Puesta en marcha del proyecto y recogida de datos: Abril - Diciembre 2019.

- Evaluación del proyecto: Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Monofilamentos, aparato doppler y aparato Índice tobillo/brazo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0759 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NECESIDAD DE MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS URGENTES REALIZADAS EN PACIENTES NO ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRASMONTAN GALVEZ JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GRACIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ARCE FLORES AMPARO. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La asistencia urgente deriva de una necesidad inmediata de ayuda que ocurre dentro o fuera del centro asistencial, independientemente del centro de salud (CS) al que pertenezca el paciente.
El problema radica en que las intervenciones realizadas en estas situaciones no pueden ser registradas si el paciente no pertenece al centro en el que se realiza la asistencia por carencias del sistema de registro, convirtiéndose en un problema de seguridad clínica.
Es fundamental una herramienta de registro y comunicación entre profesionales que impida que estos episodios pasen inadvertidos para el profesional de referencia.
Las particulares características que posee el CS Muñoz Fernández de Zaragoza en cuanto a localización, volumen de población a la que asiste (16% población total del sector II) y servicios que presta lo convierten en centro clave para desarrollar este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General: Mejorar la seguridad clínica del paciente favoreciendo el intercambio de información entre profesionales sanitarios de diferentes equipos.

Específicos:

- Implementar una herramienta de registro para la comunicación entre profesionales de las intervenciones urgentes realizadas a pacientes de otros equipos.
- Desarrollar un algoritmo de actuación en el centro para estas situaciones.
- Evaluar la eficiencia de la herramienta para su implementación en otros centros.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación del grupo multidisciplinar que analizará las vías de acceso de un paciente de otro CS a una atención urgente, determinará las mejores opciones de registro de las intervenciones realizadas y fabricará un algoritmo de actuación.

Cuando el paciente no adscrito al CS solicite al servicio de admisión asistencia urgente se le pedirá su consentimiento expreso para ser dado de alta en la base de datos de usuario, bien como usuario de Salud de la propia base de datos, bien a través del Sistema Nacional de Salud. Todos los procedimientos e intervenciones realizados en la asistencia podrán ser registrados en su historia clínica informática, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente. Estas altas como desplazado se realizarán de forma inmediata y con una duración máxima de dos días para que el paciente, a su vez, pueda acudir a su centro de atención primaria para continuar con la asistencia que pueda precisar con posterioridad a la asistencia urgente recibida.

La herramienta de registro será en formato electrónico e incluirá:

Datos personales del paciente y su centro de salud de referencia; fecha y nombre del CS al que acude para la asistencia. A rellenar por el servicio de admisión.

Episodio e intervenciones realizadas. A rellenar por el médico/enfermera que realiza la asistencia.

Tras cumplimentar el registro se extraerán dos copias. Una se entregará al paciente para que la haga llegar a su personal sanitario de referencia. La segunda se enviará por correo interno al centro de referencia del paciente.

- Se realizará un periodo de prueba con una primera evaluación del proceso y de los resultados a través de dos encuestas (de evaluación y satisfacción).

- Tras la sesión informativa de presentación de la herramienta y algoritmo de actuación a todo el personal del CS, su debate y aprobación, se implantará y se evaluará de forma global.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales del CS Sagasta-Ruiseñores que cumplimentarán el registro del episodio urgente asistido y se lo entregará al paciente no adscrito al centro.

Periodo: 4 meses.

Fuente de datos: Herramienta de registro.

Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y José Trasmontan Gálvez.

Frecuencia de recogida: Mensual.

Estándar: El 100% de los profesionales cumplimentarán el registro del episodio asistido y se lo entregarán al paciente.

- % de episodios enviados por correo interno al médico/enfermera referentes del paciente no adscrito al centro

Proyecto: 2019_0759 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NECESIDAD DE MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS URGENTES REALIZADAS EN PACIENTES NO ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

de salud tras su asistencia urgente.

Periodo de tiempo: 4 meses.

Fuente de datos: Hoja de registro de correo interno.

Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez e Isabel Pérez Gracia.

Frecuencia de recogida: Mensual.

Estándar: El 75% de los profesionales enviarán por correo interno el registro al médico/enfermera referentes del paciente.

- % de pacientes adscritos a otros centros que entregarán el registro con la descripción del episodio atendido al personal sanitario de su centro de referencia.

Periodo de tiempo: 4 meses.

Fuente de datos: Seguimiento telefónico.

Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez e Isabel Pérez Gracia.

Frecuencia de recogida: Mensual.

Estándar: El 50% de pacientes entregarán dicho registro al personal sanitario de su centro de referencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación del grupo de trabajo: Marzo 2019

Creación de la herramienta de registro: Marzo-Abril de 2019.

Prueba piloto: Abril-Junio 2019

Sesión informativa para dar a conocer la herramienta a todo el personal: Junio 2019

Implantación de la herramienta: Julio-Diciembre 2019.

Evaluación: Diciembre-Enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los pacientes adscritos a otro centro de salud que sean atendidos de urgencia en el CS Sagasta-Ruiseñores.

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0763 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL DE ENFERMERIA EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

2. RESPONSABLE JOSE TRASMONTAN GALVEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGUAS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GRACIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARI LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios de los centros de salud conocer el surtido de material existente en cada momento así como las alternativas que mejor se adecuen a nuestras necesidades.

El diseño de una herramienta de gestión interna de material permitirá conocer los recursos que se pueden solicitar, qué reservas quedan y cuántas unidades van a entrar en el siguiente pedido. Asimismo permitirá cumplir con la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas al utilizar medios telemáticos para la comunicación entre profesionales y eliminar el papel.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General: Implantar un sistema de gestión interno para el aprovisionamiento de material en las consultas que garantice el uso eficiente de los recursos y la seguridad clínica de los pacientes.

Específicos:

- Desarrollar una herramienta informática que permita a cada profesional del centro un correcto control del material existente en el almacén, de forma nominal y desde el puesto de trabajo.
- Cumplir con la legislación aprobada en la reforma de Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, que propugna la eliminación del papel en la relaciones entre las administraciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Construcción de una tabla con el material existente en el almacén a través de la suite ofimática del Centro de Salud (Openoffice, de código libre). Incluirá el material que llegue al almacén con cada pedido, el entregado en las consultas y las fechas de caducidad de cada producto. Permitirá registrar las incidencias derivadas del almacenamiento y del suministro de material en las consultas.
- Se nombrarán dos administradores únicos, responsables de la gestión de la tabla de pedido, de otorgar permiso para su modificación, permitir o restringir el acceso y aquellas cuestiones relativas al sistema informático y a las copias de seguridad periódicas.
- Para el período de prueba se realizará una sesión formativa en grupo cerrado, voluntario de la nueva herramienta de almacenamiento en la nube vinculada con el correo corporativo de cada uno. El pedido será nominal, con acuse de recibo de envío y lectura. Se podrán crear listas de necesidades personalizadas.
- Tras la evaluación se informará de los resultados al resto de personal del equipo quienes valorarán su implantación en el centro como método único.
- Una vez aprobado se realizarán sesiones formativas al resto del personal.
- En la evaluación final se incluirá una encuesta de satisfacción de los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores que utilizarán la herramienta de gestión del material en el día a día tras su aprobación e implantación en el centro.

Periodo de tiempo: 4 meses.

Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.

Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y María Isabel Pérez Gracia.

Frecuencia de recogida: Semanal.

Estándar: El 100% de los profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores utilizarán la herramienta de gestión de material.

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán si la nueva herramienta de gestión del material es un método eficiente para aumentar la seguridad clínica en sus procedimientos.

Periodo de tiempo: 1 mes.

Fuente de datos: Encuesta de evaluación ad hoc.

Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.

Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.

Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán la nueva herramienta de gestión del material.

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores satisfechos con la nueva herramienta de gestión del material.

Periodo de tiempo: 1 mes.

Fuente de datos: Encuesta de satisfacción ad hoc.

Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.

Proyecto: 2019_0763 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL DE ENFERMERIA EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.
Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán satisfactoriamente la nueva herramienta de gestión del material con puntuaciones superiores iguales a 4 sobre 5 en escala Likert.
- % en el que se reducirán las incidencias relacionadas con la gestión del material tras la puesta en marcha de la herramienta.
Periodo de tiempo: 5 meses.
Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.
Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y Ana Anguas Gracia.
Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.
Estándar: La disminución en la declaración de incidencias en relación al primer mes de registro será del 50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación de la herramienta de registro: Marzo-Abril 2019.
Sesión informativa a grupo reducido y puesta en marcha del piloto: Abril 2019
Evaluación de la herramienta e identificación de debilidades: Mayo 2019
Sesión informativa al resto del personal del centro y aprobación: Septiembre 2019
Implantación de la herramienta en todo el centro: Septiembre-Diciembre de 2019.
Evaluación de la herramienta: Enero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Aunque el proyecto va dirigido a los profesionales sanitarios el objetivo final es aumentar la seguridad de los pacientes que atienden.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0835 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

2. RESPONSABLE MARIA OLGA PASCUAL RUBIO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ HERVAS AZUCENA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
- DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
- ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
- MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
- ARCE FLORES AMPARO. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo General:

Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad. La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:

- Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
- Recopilar los recursos comunitarios existentes.
- Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
- Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
- Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Primera etapa:

Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:

1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:

- Infante - Juvenil <18 años,
- Edad Adulta de 18 a 65 años
- Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:

Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 - 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
- De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
- Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
- Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
- Duración de la elaboración del Proyecto un año.
- Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 2020.

Proyecto: 2019_0835 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

- 9. RECURSOS NECESARIOS.
- 10. OBSERVACIONES.
- 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
- 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
- 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1025 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

2. RESPONSABLE PEDRO ANTONIO LUNA RODRIGO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• IZQUIERDO CLEMENTE CARLOS. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• PEIRO MURILLO BEATRIZ. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• MATEO DE LAS HERAS ESTHER CRISTINA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública mundial. Este problema se ve agravado en España donde las tasas de resistencias son muy elevadas.

El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales factores causantes del problema. España es uno de los países con un mayor consumo (DHD receta oficial 16,17) y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria (AP), suponiendo una DHD de 15,11.

En la 20ª edición del listado de medicamentos esenciales de la OMS, los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas, las cefalosporinas de 3ª generación, así como los macrólidos.

La práctica clínica del médico de AP tiene unas características que condicionan la indicación del uso de ATB y su adecuación: incertidumbre diagnóstica, carga de trabajo, empirismo de los tratamientos, expectativas de los pacientes, etc. Pero existen recomendaciones para la práctica clínica eficaces en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, uso de métodos de diagnóstico rápido, elección correcta del ATB, prescripción diferida, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA está impulsando y ofertando diferentes acciones en esta línea.

Tras analizar los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAGASTA RUISEÑORES se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de ATB de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de 3ª generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo su uso, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3ª generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio EAP.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de 3ª generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
-Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
-Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
-Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,6 %
Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

Proyecto: 2019_1025 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

-% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 64,77 %
Objetivo 2019: Disminuir
-% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 16,46 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una relacionada con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de 3ª generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1496 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VACUNACION INFANTIL: COMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MAS FRECUENTES

2. RESPONSABLE MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIOS MARTINEZ AINARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A lo largo del año realizan sustituciones en las consultas de pediatría del centro distintos profesionales de enfermería. Algunos de ellos no están familiarizados con el calendario de vacunación infantil y carecen de formación en pediatría. Este hecho provoca errores en:
El registro inadecuado de las vacunas en OMI.
No se respetan intervalos mínimos entre dosis de una misma vacuna.
Incorrecta adaptación de los calendarios vacunales infantiles anteriores al actual.
De manera puntual, ausencia del registro diario de temperatura de la nevera de vacunas.
Utilizan una técnica de administración de vacunas más dolorosa como pinchar en la camilla, aspirar, no ofrecer lactancia materna durante la vacunación, etc .
Las consecuencias son:
Disminución del indicador de cobertura vacunal durante los periodos de sustitución.
Administración de una dosis adicional cuando no se respetan los intervalos mínimos.
Niños con un número de dosis inadecuado para su edad y por lo tanto calendarios incompletos..
Sobre la técnica de administración de vacunas, se produce mayor dolor al niño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Aumentar la cobertura vacunal mediante la mejora del registro.
2. Aumentar los conocimientos en vacunación infantil de los profesionales de nueva incorporación, evitando errores en los intervalos mínimos entre dosis de la misma vacuna y conseguir calendarios vacunales acordes tanto en el número de dosis como de vacunas adecuadas para su edad.
3. Mejorar la técnica en la administración de vacunas siguiendo las recomendaciones de la OMS : agitar bien, no quitar el aire (dejar burbuja), elegir el lugar de inyección (si no camina tercio medio de vasto externo y si camina deltoides), elegir la aguja adecuada, limpiar con suero fisiológico, utilizar una técnica de inyección rápida y sin aspirar, retirada rápida de la aguja y esperar media hora.
4. Mantener el registro diario adecuado de la temperatura de la nevera antes de comenzar la jornada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación de un póster: Las enfermeras de pediatría (Mercedes Gómez Borao Y Ainará Ríos Martínez EIR) del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores elaborarán un cartel informativo del calendario vacunal actual, que será colocado junto a la nevera, donde se mencionarán las vacunas que se deben administrar según la edad del paciente, nombres comerciales de cada vacuna y fotografía de la caja para evitar confusión, indicaciones, efectos secundarios, vía de administración, lugar anatómico, aguja adecuada y recomendaciones de la OMS sobre la realización correcta de la técnica de vacunación y conservación de las vacunas.

- La responsable del proyecto facilitará a las enfermeras de nueva incorporación una formación práctica para el aprendizaje sobre la administración de las vacunas. Para ello se les acompañará en la administración de 10 vacunas. Se creará una hoja Excel para registrar la adquisición de competencias técnicas e incidencias. Se enseñará el registro adecuado de vacunas.
Lectura y registro de la temperatura de la nevera.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. % de niños con calendario de primovacunación correcto. Fuente de datos: cuadro de mando del contrato de gestión. Estándar: subida de 2 puntos en la puntuación anual.
2. - Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante una encuesta que se pasará al inicio y al final del contrato. % de Profesionales que han mejorado sus conocimientos tras la intervención. Estándar: entre 80- 85 % de profesionales con mejoría en la puntuación del test.
3. Reducción del número de incidencias relacionadas con la administración de vacunas considerándose como incidencias: no respetar intervalos mínimos, error al administrar la vacuna adecuada o niños con número inadecuado de dosis para su edad. Se creará una hoja de registro de incidencias. Estándar: <5 incidencias al año.
- 4- % de días sustituidos en los que no se registra la temperatura de la nevera. Estándar: <3 veces/año. % de días que la temperatura no está entre 2 y 8°C. Estándar:<3 veces /año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Julio de 2019: Elaboración del cartel informativo por ambas enfermeras.
Julio de 2019: Colocación del cartel junto a la nevera que contiene las vacunas.
Julio-Septiembre 2019: Formación de acogida a las nuevas enfermeras y evaluación de la adquisición de conocimientos y competencias

Proyecto: 2019_1496 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VACUNACION INFANTIL: COMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MAS FRECUENTES

De julio de 2018 hasta diciembre de 2019: Recogida de encuestas para valorar la utilidad del cartel y aumento de conocimientos de los profesionales. Se pasará la encuesta el primer y ultimo día de contrato.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VACUNACION EN NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0597 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

2. RESPONSABLE ROCIO MORENO MARQUEZ

- Profesión MIR
- Centro CS SAN JOSE CENTRO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORRES REMIREZ MARTIN. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ MARCO ELENA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ ELENA LORENA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
- ALCOBER PEREZ CARLOS. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
- GONZALEZ PEREZ ANGEL. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde los equipos de atención primaria de San José Norte y San José Centro se planea impartir a la población de la ZBS, talleres teórico-prácticos sobre reanimación cardiopulmonar básica, uso de desfibrilador externo automático (DEA) y primeros auxilios.

La idea principal es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para identificar una situación de emergencia y realizar una primera asistencia, ya que el inicio precoz de las maniobras de reanimación pulmonar está ligado a una mayor supervivencia y mejor pronóstico en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
- Reconocer con rapidez situaciones de emergencia
- Enseñar protocolo adecuado de actuación
- Entrenar maniobras de RCP básicas y uso de DEA.
- Entrenar en maniobras para socorrer un atragantamiento.
- Resaltar importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico y supervivencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación grupo de trabajo con personal sanitario del centro.
- Determinar población diana.
- Establecer objetivos docentes.
- Elaborar contenido teórico y práctico para impartirlo en cada taller.
- Conseguir recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
- Estudio de resultados con encuesta de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta con una escala del 1 al 5.
- Objetivo > 4
- Porcentaje de asistentes: N° de asistentes / N° asistentes previstos. Objetivo >80%
 - Porcentaje de técnica adecuada: porcentaje de asistentes que realizan las maniobras de forma correcta / total de participantes. Objetivo >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo 2019: creación equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
- Julio 2019: revisión bibliografía y determinación de los objetivos.
- Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre: Impartición de los talleres.
- Enero 2020: Estudio de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Power point y proyector para impartir la parte teórica del taller.
- Maniqués para realizar la práctica de la reanimación.
- Aula disponible.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Situaciones de emergencia
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0597 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Proyecto: 2019_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LALANA JOSA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAN JOSE CENTRO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• MORENO MARQUEZ ROCIO. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• HERNALIZ CALVO LUIS. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• CELIX ARIAS LAURA. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• ALLUE DIESTE EVA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
• VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países. El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. En el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,7 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
 - Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
 - Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

Proyecto: 2019_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,7 %
Objetivo 2019: =2,0%

- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 59,38 %
Objetivo 2019: Disminuir

- o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,27 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Optimización de antibióticos en infecciones urinarias y respiratorias en Atención Primaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0927 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SAN JOSE CENTRO Y SAN JOSE NORTE

2. RESPONSABLE JAVIER LOPEZ COSCOJUELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ FERRERUELA LAURA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TORRES REMIREZ MARTIN. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MARCO ELENA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALLUE DIESTE EVA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALCOBER PEREZ CARLOS. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Como parte del compromiso de las profesionales de atención primaria que desarrollan su labor asistencial en los Centros de Atención Primaria de San José Centro y Norte figura la divulgación biomédica de calidad y el fomento del autocuidado.

El Blog del Centro de Salud es una herramienta dirigida al conjunto de la población que integra sus dos Zonas de Salud. El personal sanitario de estos Centros lo ha mantenido durante años, tratando de ofrecer un medio de comunicación adicional de calidad a la consulta donde compartir información de interés sanitario, comentar aspectos organizativos de las actividades sanitarias, e intercambiar conocimientos, reflexiones y propuestas.

Sin embargo, en una encuesta realizada en el período de enero y febrero de 2019, sólo un 17% de los pacientes entrevistadas conocía el Blog. Esta cifra se considera escasa; el presente proyecto se estima oportuno para no desaprovechar uno de los fenómenos de comunicación e información más utilizados en los últimos tiempos, aumentando su difusión y potenciando la interacción entre usuarias y profesionales del sistema público de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Dar a conocer a la población de la Zona de Salud la existencia del Blog.
- Incrementar el número de nuevas usuarias del Blog.
- Fomentar la visita habitual del Blog, fidelizando a los usuarios.
- Proporcionar una información de calidad, actualizada y veraz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Es fundamental que todo el personal que trabaja en el Centro de Atención Primaria conozca su existencia y el contenido del mismo, para que se ofrezca como un recurso añadido en apoyo del autocuidado y la divulgación sanitaria. Por este motivo, se informará de su existencia en el plan de acogida a los nuevos trabajadores.
- Para dar a conocer entre los usuarios la existencia del Blog e incrementar el número de nuevos usuarios, se realizará la emisión de nuevos carteles y folletos informativos, así como la divulgación del mismo dentro de las consultas de Atención Primaria.
- Se presentará el Blog en el Consejo de Salud.
- Para conseguir la fidelización de los usuarios del Blog, nos proponemos el rediseño de la cabecera del Blog, la organización de la columna o artículo principal de portada y la barra lateral, preparando nuevos formatos de presentación y buscando un aspecto visual compacto, utilitario, moderno y atractivo.
- Para mantener actualizada la información y garantizar que sea veraz, se propone la creación de un grupo que administre los contenidos publicados en el Blog. Este grupo informará periódicamente al resto del equipo de las novedades o cambios en el Blog.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de visitantes totales según la herramienta de contaje de visitas del Blog.
- Encuesta durante el mes de enero de 2020 entre los usuarios de los Centros de Atención Primaria de San José Norte y Centro, valorando los siguientes puntos:
 - Pacientes que conocen el Blog con respecto al total de encuestados, expresado en porcentaje y valorando su variación respecto a la encuesta del 2019.
 - Medio por el que conocieron la existencia del Blog: carteles, folletos, amigos, etc.
 - Nivel de satisfacción con los contenidos del Blog.
 - Grado de utilidad del Blog.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 04/2019 - Creación o renovación del grupo administrador del Blog.
- 04/2019 - Rediseño del Blog. Se añadirán nuevas entradas de información divulgativa y anuncios del Centro de Salud.
- 05/2019 - Emisión de carteles y folletos informativos.

Proyecto: 2019_0927 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SAN JOSE CENTRO Y SAN JOSE NORTE

- 12/2019 - Se elaborará una nueva encuesta para la evaluación de los ítems oportunos.
- 01/2020 - Se llevará a cabo la encuesta, con la recogida y sistematización de datos, para extraer las conclusiones oportunas dentro de la evaluación del Proyecto de Mejora.
- 02/2020 - Realización de la memoria correspondiente y subida de la misma a la plataforma.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Uso de la plataforma preexistente del Blog, ubicada en <http://centrodesaludsanjose.blogspot.com/>.
- Participación de las personas integrantes del grupo de mejora en:
 - Formación del grupo administrador del Blog.
 - Rediseño del Blog.
 - Desarrollo de contenidos y supervisión de lo publicado.
 - Diseño de la encuesta de resultados, la realización y sistematización estadística de los datos recabados y su publicación en forma de Memoria del Proyecto.
- Recursos materiales correspondientes: fundamentalmente papel y material de oficina para la elaboración de los carteles y folletos. Instalaciones y ordenadores del Centro de Salud.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación sanitaria y autocuidados en múltiples temas. Atención Comunitaria.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO

2. RESPONSABLE AINHOA BARTUMEUS BARTOLOME
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD MENTAL
· URDANIZ SANCHO JUAN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD MENTAL
· BLASCO TOMAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD MENTAL
· ESTEBAN ROBLEDOR MARGARITA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD MENTAL
· SANZ CARRILLO CONCEPCION. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El entrenamiento en relajación es un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que la ansiedad está vinculada tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea y también del malestar emocional. Según describe, los procedimientos de relajación se pueden utilizar con un fin en sí mismos, o como parte de procedimientos más complicados.
Puede utilizarse dentro de la situación de terapia o en un medio extra-terapéutico como una respuesta que compite con las situaciones de stress y ansiedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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 como fin o como medio.
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial. Influidando positivamente en mejorar su calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran una sesión a la semana durante ocho semanas 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 una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación. Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 1 de abril de 2019 primera sesión y finalizando previsiblemente en abril de 2020. Ocho lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0912 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE NORTE

2. RESPONSABLE ANTONIO ABANTO VIAMONTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAN JOSE NORTE
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RODRIGUEZ ELENA LORENA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
• PASTOR POU LAURA PILAR. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
• GUILLEN BOBE ALBERTO. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
• ARANDA MALLÉN CARLOS ADOLFO. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
• ARNEÑO MIRO ANA MARIA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países. El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos.

La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. En el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,9% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Proyecto: 2019_0912 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Valor 2018: 3,9 %
Objetivo 2019: =2,0%

- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 43,77 %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 26,42 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Optimización de antibióticos en infecciones respiratorias y urinarias en Atención Primaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0153 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

2. RESPONSABLE FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ FERRERUELA LAURA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ COSCOJUELA JAVIER. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGO PASCUAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SALDAÑA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CS SAN JOSE CENTRO. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Educación par la Salud y la atención comunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria, formando parte de su cartera de servicios.
Cada vez más, la población en general demanda una atención comunitaria desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud.
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativa que se realizan por distintos profesionales, ayuda a fomentar la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
Mejorar la calidad de los cuidadores
Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran seis sesiones formativas por medio de talleres desde febrero a junio de 2019

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Aumento de los conocimientos y habilidades en el cuidado.
Que la satisfacción de los asistentes a los talleres este en un valor de 4 sobre 5 (se mide por medio de encuestas al inicio y final de la actividad)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero -junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Equipo de profesionales multidisciplinar.
sala polivalente
Odenador y cañon
Materiales varios de apoyo en función del tema de la sesión.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dependiente/pluripatologias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0025 (Acuerdos de Gestión)**

PASEO SALUDABLES SAN JOSE

2. RESPONSABLE MARIA DE ORTE PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERRAZAS IMAZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.
Poblacion del barrio envejecida y personas que viven solas mayoritariamente viudas que necesitan relacionarse

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a traves del ejercicio fisico e intentar incorporarlo a su rutina

- Favorecer las relaciones sociales entre los participantes y éstos con el personal del centro

- Promocionar estilos de vida saludables

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La actividad se realizará los lunes y miercoles a las 12 horas de la mañana, con acompañamiento de personal y estudiantes del Centro de salud, su duracion sera aproximadamenete de una hora. Consistirá en paseos de marcha leve/moderada de acuerdo con la condicion fisica de los participantes. Al inicio y al finalizar se realizaran ejercicios de calentamiento y estiramiento

4.- Indicadores y evaluacion

Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

5.- Duracion y calendario previstos

El proyecto comenzo en septiembre 2018

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
desde septiembre 2018 hasta junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0090 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

2. RESPONSABLE MARIA PILAR DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE ORTE PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESTEBAN PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· SAMPEDRO FELIU ALFONSO. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se han detectado situaciones de soledad no deseada en personas mayores en el barrio San Jose, con escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos), junto con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento (barreras arquitectónicas)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor del barrio de salud San Jose
- Proporcionar a este grupo de población una asistencia integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.
- Informar de los recursos existentes en el barrio así como ONG que tratan el tema de la soledad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los miembros del equipo dan a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que se realizan en el barrio, así como las ONG pertinentes en la consulta de Atención Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará un seguimiento de la población en las actividades / recursos ofrecidos antes y después de realizarlas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El Proyecto tiene una duración prevista de un año, de Diciembre 2018 a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Ancianos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE SUR

2. RESPONSABLE PILAR LOPEZ ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAN JOSE SUR
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANZA PILAS JESUS. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
• FERNANDEZ GARCIA ANA. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
• DE ORTE PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
• SANTOS GUERRERO MARISOL. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial.

En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAN JOSÉ SUR se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,2% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas con las infecciones del tracto respiratorio y con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
 - N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
 - Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
 - Valor 2018: 2,2 %
 - Objetivo 2019: =2,0%
 - Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

Proyecto: 2019_1251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE SUR

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 61,36 %
Objetivo 2019: Disminuir
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias.
Valor 2018: 17,80%
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

2. RESPONSABLE SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAGASTE ROMEO TERESA. MATRONA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ACEITUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LACASA SERRANO MARIA ELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA SANCHO SOFIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MURO BADIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente en las consultas de medicina, atención continuada y matrona, es habitual el abordaje de pacientes con signos y síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual. Nos interesaría conocer datos estadísticos de incidencia y su evolución en los últimos años en nuestra zona básica de salud. Se solicita, por ello, la colaboración con el laboratorio de microbiología del HMS, Dra. Gloria Martín y Dra. Ana Milagro .

Por otro lado, el EAP San Pablo se ha adherido en 2018 a la estrategia IRASPROA, reconociendo el problema del uso de antibióticos como un problema de salud pública de primer orden. Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico . En muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica . Pero en aquellas ocasiones en que se precise un diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, siguiendo las recomendaciones del " Manual de toma de muestras" elaborado desde de el grupo PROA_AP. En el ámbito de las ETS, existen particularidades que es preciso conocer y aclarar, para lo cual la colaboración con el Servicio de Microbiología nos parece indispensable. Con el fin de aclarar las dudas y mejorar las posibles incidencias de laboratorio que hayan surgido con la recogida de estas muestras se va a realizar una sesión conjunta en el EAP . Asimismo, contamos con la participación de la matrona del EAP San Pablo en el proyecto, que puede aportarnos gran valor tanto en la ayuda a la toma de muestras más complejas (exudado cervical), como en la educación sanitaria, incluidas las recomendaciones a los contactos.

Desde el grupo IRASPROA-AP se está elaborando la guía de tratamiento empírico para infecciones de transmisión sexual. Una vez que esté presentada, se pretende realizar una adecuada difusión de la misma. Asimismo, se considera de vital importancia realizar actividades específicas relacionadas con la Educación para la salud en ETS (actuando de forma transversal en actividades comunitarias en las que desde el EAP se colabora : actividad formativa dirigida a mujeres que ejercen la prostitución y acuden a Fogaral _Cáritas; grupos con mujeres embarazadas y madres jóvenes postparto..) . Consideramos también de vital importancia formarnos en el abordaje del estudio de contactos, facilitando la información rigurosa y clara que favorezca el tratamiento de las parejas sexuales .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la adecuada toma de muestras para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.
Disminuir las incidencias de laboratorio relacionadas con toma de muestra de ITS.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en ITS.
Revisar el material utilizado en las actividades dirigidas a mujeres sexualmente activas y que puedan beneficiarse de educación sanitaria para prevención de ITS.
Selección el material que se puede entregar a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar una sesión bibliográfica a los médicos sobre infecciones de transmisión sexual, recogida muestras y tratamiento empírico .
Realizar una sesión clínica al EAP sobre el Manual de toma de muestras, incidiendo en las muestras de ITS. En colaboración con microbiología
Revisar y ampliar, si se estima oportuno, el material utilizado en las sesiones de EPS dirigidas por la matrona pre y post-parto.
Realizar una sesión clínica al EAP, presentando la guía IRASPROA de tratamiento empírico en ITS.
Entregar el material seleccionado a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos y difundirlo entre los profesionales sanitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% Profesionales que asistencia a la sesión de formación bibliográfica . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre recogida de muestras . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre guía de tratamiento empírico . Asistencia media > 75%
Disminuir % incidencias de laboratorio de microbiología sobre recogida de muestras con diagnóstico de ITS en

Proyecto: 2019_1103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

2019 respecto a las de 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo : sesión bibliográfica a los médicos (Dra. Lacasa)

Abril: contactar con Servicio de Microbiología (Dra. Martín y Dra. Milagro)

Mayo : sesión al EAP sobre "Manual de recogida de muestras " (Sandra Aceituno y serv. Microbiología)

Junio- Septiembre: revisar material para las sesiones de formación y para abordaje de contactos.

Octubre-Diciembre: difusión guía tratamiento empírico ITS (IRASPROA)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración de los componentes del grupo de trabajo y medios disponibles en el CS San Pablo

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1161 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACION DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGALVAREZ DE VAL SARA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SALANOVA SERRABLO HELENA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA SANCHO SOFIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARCO BRUALLA MARIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Uno de los objetivos de la Estrategia de Atención Comunitaria es reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía de las personas usuarias del sistema sanitario utilizando la recomendación de activos comunitarios (social prescribing/prescripción social) para la salud y el abordajemultidisciplinar e intersectorial orientado a los determinantes, facilitando así que las personas y comunidades dispongan de los medios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

En esa línea y como pilar importante de la estrategia se puso en marcha el protocolo de recomendación de activos dentro del programa informático OMI. Dentro de la implementación de dicho protocolo se ofreció formación sobre el tema a los profesionales de los centros de salud. En dicha formación se propuso un itinerario de trabajo para que los EAP identificaran los activos para la salud en sus territorios, se priorizaran los más interesantes en función de unos criterios propuestos (proyecto EIRA), se contactara con ellos para establecer un marco de relación con ellos, y se informara al recurso de como incluirse en el buscador de activos con el que enlaza el protocolo de recomendación de activos de OMI.

Dentro de las actividades del grupo de participación comunitaria del centro de salud, hace dos años se realizó un mapeo de recursos del barrio que podían tener interés para el centro de salud. Para dicho mapeo se partió de un registro de colectivos y recursos que tiene el Plan Integral del Casco Histórico, y de dicho registro se hizo una selección de los más útiles en función de los criterios anteriormente nombrados. Las personas que realizaron el mapeo, se reunieron con todos esos recursos y con la información recabada, se hacía una ficha de cada recurso y se incluía en un mapa de recursos realizado con la herramienta de google maps disponible en drive.

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1Ez1kJugVrcI27JDb6xh1cAjjJEg&ll=41.65922860963229%2C-0.8815610999999999&z=14>

Para enlazar este trabajo con el actual itinerario propuesto desde la Estrategia de Atención Comunitaria, se propone el siguiente proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar del mapa de recursos elaborados, los principales activos para la salud en base a unos criterios.
- Ampliar los recursos con otros activos que puedan ser interesantes para la salud de los vecinos del barrio
- Contactar con esos activos para crear un marco de colaboración consensuado.
- Informar a los recursos del procedimiento para activarse en el buscador de recursos propuesto.
- Informar periódicamente al equipo del Centro de Salud de los recursos/activos contactados y de lo que pueden ofrecer.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Inicialmente se nombrará dentro del grupo de Participación Comunitaria un grupo de trabajo compuesto por 4-5 personas que serán las responsables de coordinar y llevar adelante este proyecto.

Una vez creado el grupo de trabajo, se pasará a analizar el mapa de recursos que se elaboró por el centro de salud y en base a los criterios del proyecto EIRA, se irán seleccionando los que se sientan como más importantes para la salud de los vecinos y vecinas del barrio. 3-4 reuniones del grupo

Se ampliará la búsqueda incluyendo en el análisis además de los recursos ya identificados, otras cosas del barrio que puedan ser consideradas como activos (lugares, zonas verdes, zonas deportivas, etc...) 1 reunión.

Se hará una toma de contacto con los recursos y activos seleccionados para reunirse con ellos, establecer un marco de colaboración y concretarla en una ficha. Se animará al recurso a incluirse en plataforma y buscador de recursos, para lo cual se les explicará el procedimiento. 6 meses

Se realizarán al menos dos reuniones de equipo, reuniones en las que se presentarán los recursos y activos identificados y seleccionados, a la vez que se explicará el funcionamiento del protocolo de Activos de OMI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de recursos y activos contactados. Standart > 10
- Número de recursos y activos que se han activado en la Web de la Alianza para la salud comunitaria. Standart

Proyecto: 2019_1161 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACION DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

> 10. (Fuente de datos, mapa de activos de la plataforma de la Estrategia de Atención comunitaria)
- Reuniones de equipo para presentar el protocolo y los recursos seleccionados. Standart mayor ó igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)
- Reuniones de equipo a las que acuda alguno de los recursos seleccionados a presentarse. Mayor o igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el mes de mayo y junio, el grupo motor se reunirá para realizar la selección de los recursos que van a ser contactados.

De mayo a final de año se irán reuniendo con dichos recursos para definir el marco de colaboración.

Durante el proceso se irán programando reuniones de equipo para ir presentando los recursos-activos identificados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: Personas que participan en el proceso

Recursos materiales: Ordenador, conexión a internet.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. El proyecto en principio responde a cualquier tipo de patología al identificar recursos de apoyo en en entorno que ayuden a mejorar la salud, enfermar menos y resolver mas eficazmente las patologías.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN ELSECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE PEDRO MARTINEZ CASBAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALO PEÑA JORGE. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· OLIVEROS BRIZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PORTERO MONGUILO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARCO BRUALLA MARIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGALVAREZ DE VAL SARA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SALANOVA SERRABLO HELENA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:

- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HBA1c en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular. Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.
- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de la necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.

Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora

- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.

Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)

Proyecto: 2019_1222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN ELSECTOR ZARAGOZA II

- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA ALONSO LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAN PABLO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ACEITUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
• MORALES DERQUI AURORA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
• IMAZ PEREZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
• MUÑOZ ANADON ANTONIO. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
• ESCORIHUELA GIMENO MARIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
• MARTINEZ CASBAS PEDRO. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo. El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 unidades específicas de asistencia al paciente crónico complejo, en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019).

La diferente evolución en la creación y operatividad de estas unidades, ha supuesto un lento y dispar desarrollo en nuestro Sector de tan ambicioso Programa, con datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, que no supera el 50%, y niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC . Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en el EAP San Pablo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Mantener en la Unidad Clínica de EAP San Pablo el Referente del Programa del PCC a nivel de Sector II, entendiendo que el desarrollo y consolidación del programa precisa del mantenimiento de la enfermera de enlace (Alexandra Aceituno Casas designada en nuestro EAP S Pablo desde abril de 2018).
Formación en el EAP S Pablo con todos los profesionales del Equipo.
Revisión de circuitos asistenciales definidos para el PCC en EAP San Pablo.
Visita de los Profesionales de las UCC al EAP San Pablo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Aumentar % PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.
Aumentar % Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.
Aumentar % PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC con enfermería identificada.
Aumentar % PCC con familiares-cuidadores identificados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión cuatrimestral de evolución de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Ancianos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crónico complejo

Proyecto: 2019_1226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SASTAGO

2. RESPONSABLE CARLOS JARABA BECERRIL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN BUIL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- ALVAREZ ROY JOSE LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SASTAGO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,5 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

- Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

- N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

- Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $DDD \text{ cefalosporinas de } 3^{\text{a}} \text{ generación (J01DD)} / DDD \text{ antibióticos (J01)} \times 100$

Valor 2018: 3,5 %

Objetivo 2019: =2,0

- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 76,27 %

Objetivo 2019: Disminuir

Proyecto: 2019_1392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SASTAGO

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,86 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1404 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SARTOLO ROMEO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN BULL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ MIRANDA SOFIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ TREMPES LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Europa y Estados Unidos juntos mueren 700000 personas al año de parada cardiorrespiratoria fuera del hospital. Los tiempos medios de llegada de los servicios de emergencias rondan los 6-12 minutos, pero existe un importante sufrimiento cerebral a partir de 3-5 minutos sin flujo sanguíneo. Muchas vidas se salvarían si más gente supiera realizar maniobras de RCP. La OMS estima que si se implanta la enseñanza de RCP en los colegios se podría salvar las vidas de 300000 personas al año.

Entre los 10 principios que propone la iniciativa "Kids Save Lives" ("Los Niños Salvan Vidas) están:

1. Todo el mundo puede salvar una vida, incluso un niño.
 2. Dos horas de entrenamiento en RCP al año en el colegio podría ser suficiente.
 3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
- El tiempo de respuesta aproximado de los servicios de atención continuada desde el C.S. de Sástago hasta las poblaciones de La Zaida y Escatrón sería de unos 15 y 20 minutos respectivamente. Por lo tanto, es muy importante, entrenar a la población para realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica efectivas, hasta la llegada de los servicios médicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria de los colegios de la zona básica de salud de Sástago conocimientos básicos sobre primeros auxilios. Así como conocimiento de la cadena de supervivencia.
- Los niños de educación infantil, así como los de 1º y 2º de primaria aprenderán a reconocer una situación de emergencia y a solicitar ayuda a un adulto y, si esto no es posible, llamar al teléfono de emergencias (112).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ofertará la siguiente actividad en 2019 a los colegios públicos de Escatrón y La Zaida, pertenecientes a la zona básica de salud de Sástago:

1. Alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
 - Realización de test para determinar conocimientos previos
 - Sesión teórica de unos 15 minutos de duración sobre RCP y atragantamiento.
 - Sesión práctica de 1:30 horas para la adquisición de habilidades en RCP, atragantamiento y posición lateral de seguridad. Con los alumnos divididos en grupos, con un docente cada 5-6 alumnos. Se utilizarán maniqués de práctica de RCP.
 - Repetición del test inicial para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
 - Encuesta de satisfacción a los profesores.
2. Alumnos de 1º y 2º de primaria y alumnos de educación infantil.
 - Simulación, con un teléfono real, de petición de ayuda llamando al 112.
 - Enseñanza de una canción infantil, cuya letra hace referencia a la identificación de una persona inconsciente y como actuar ante esta situación pidiendo ayuda e iniciando maniobras de RCP. Para ello cada alumno utilizará su muñeco de peluche.
 - Se les entregará una tarjeta para rellenar por los propios alumnos, y que podrán colorear, con los datos personales imprescindibles que se necesitan en una llamada de emergencia al 112 (nombre, y dirección de su casa).
 - Encuesta de satisfacción a los profesores al finalizar la actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Cuestionario para valorar los conocimientos de los alumnos antes y después de la actividad.
- Encuestas de satisfacción de los maestros.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- ABRIL de 2019: Preparación del material en soporte informático que será utilizado en la actividad.
- MAYO-JUNIO de 2019: Actividades en el Colegio Público de Escatrón:
 - Primer día: Actividad para los alumnos de educación infantil y 1º y 2º de primaria.
 - Segundo día: Actividad para los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
- OCTUBRE-NOVIEMBRE de 2019: Realización de las actividades en el C.P. de la Zaida
- DICIEMBRE de 2019: Revisión de resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Maniqués de simulación de reanimación cardiopulmonar básica.

Proyecto: 2019_1404 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Ordenador portátil y proyector.

10. OBSERVACIONES.

Según los resultados obtenidos se prevé la continuidad de la actividad y la posible ampliación a otros centros de enseñanza de la zona básica de salud de Sástago.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO (PE) PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SASTAGO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MILLAN GINER ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ MIRANDA SOFIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRA VICENTE BEATRIZ. PEDIATRA. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• TERREROS ARNEO CARLOS. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
• TREMPES SANCHEZ LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Describir las necesidades detectadas en la unidad, cuáles son las causas, cómo se han detectado, cuál es la situación de partida (puntos críticos en casuística, actividad, uso de recursos, resultados en salud). Describir la importancia y utilidad del proyecto, su relación con las prioridades de la organización y cómo contribuye a mejorar la situación de partida de la unidad.

En relación con el reciente PE para la eliminación de la Hepatitis C en Aragón, y para localizar casos perdidos o no diagnosticados por VHC, mejorar el control y seguimiento de los casos probados y valorar su ttº, queremos realizar el estudio en la ZS Sástago, para todos los pacientes de riesgo y los diagnosticados de Hepatitis C, así como el circuito para su derivación.

La hepatitis C causa importante morbi-mortalidad y la actual existencia de un ttº eficaz, mejorará la historia natural de la enfermedad, lo que podría llevar a una eliminación a largo-medio plazo de la infección. Organizando una prevención y un diagnóstico temprano, podremos derivar para un ttº y un seguimiento de los pacientes afectados.

En Aragón se estiman unos 3.922 y 5.491 pacientes con VHC ARN positivo (Infección activa). Un 53% de los casos, no presentaría fibrosis significativa (F0-F1), un 47% fibrosis mayor (F2) y un 32% fibrosis avanzada (F3-F4). En relación a la edad, la mayoría de los pacientes aragoneses han nacido entre 1955 y 1975.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Búsqueda activa de casos entre individuos con factores de riesgo:
Personas que se inyectan/ inhalan drogas (aunque solo haya sido una sola vez)
Personas con antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1992
Personas con antecedentes de cirugía, procedimientos invasivos o intervenciones odontológicas antes de la utilización de material de inyección de un solo uso (1980).
Personas con antecedentes de hemodiálisis crónica
Recién nacidos de madres infectadas por VHC a partir de los 18 meses
Personas con infección VIH o VHB
Convivientes y parejas sexuales de personas infectadas por VHC
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
Trabajadores sexuales
Personas con antecedentes de internamiento en Instituciones Penitenciarias
Trabajadores tras una exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado
Personas con antecedentes de tatuajes, piercings o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura...) realizados sin las debidas precauciones de seguridad
Personas con hipertransaminemia o enfermedad hepática aguda o crónica

Personas de alguno de éstos colectivos: Instituciones penitenciarias, VIH o VHB, inmigrantes de zonas de alta prevalencia(Rumanía, Este y Centro de Asia, África y Oriente Medio)

2. La recogida de casos se realizará desde el Protocolo de OMI-AP : AP Adulto Factores de Riesgo Hepatitis C. Cribado y definición del factor de riesgo (Transmisión parenteral, sexual y otros), por el que se incluye en el programa.
Si cumple algún criterio, solicitar analítica de Diagnóstico de Hepatitis C.
Si el resultado es positivo (serología + y ARN +) : Infección activa, se solicitará Elastografía hepática desde OMI-AP (radiología)
De esta forma se podrá realizar un estudio estadístico de los resultados obtenidos.
Como objetivo, la realización del cribado en al menos un 75% de la población con factores de riesgo (captados por búsqueda activa, al acudir a consultas de enfermería o medicina)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Según lo señalado en el apartado anterior: Grupos de riesgo, cribado (Protocolo Factores de Riesgo Hepatitis C, en OMI-AP), analítica de Diagnóstico VHC, Elastografía en Infección activa. Creación del episodio: Cribado de

Proyecto: 2019_1454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO (PE) PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Hepatitis C.

En una primera reunión con el EAP, el coordinador del proyecto, realizará una sesión informativa así como sobre el Plan Estratégico para la Eliminación de la Hepatitis C en Aragón..

Se entregará al EAP un algoritmo sencillo con factores de riesgo y protocolo de cribado.

En las reuniones de EAP, se establecerá una revisión bimensual para unificar la información

Se comunicará con los Trabajadores sociales de la zona, la existencia del programa, para acceder a poblaciones en riesgo, que están en relación con Servicios Sociales

Se informará a la comunidad, sobre el Plan estratégico, en el Consejos de Salud (trimestral), así como en la Mesa de Violencia de Género(trimestral) con acceso a una mayor población.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% cribado /población en riesgo

Nº casos negativos/población en riesgo

Infección activa / población en riesgo

Nº casos perdidos detectados tras revisión HCE (búsqueda activa)

Conseguir al menos un 75% de cribado respecto a la población de riesgo

Fuente de datos: OMI-AP e HCE Salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El cribado se iniciará a partir de Mayo de 2019, y durante 1 año, con posibilidad de prolongarse.

Reuniones bimensuales del EAP para recogida de casos y valoración de estrategias

Comunicación de pacientes en ttº, y en caso de presentarlos, posibles efectos adversos, así como resultados favorables del mismo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo informático y acceso a OMI-AP e HCE

EAP, laboratorio del H M. Servet

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO VHC EN EL CS DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN GINER ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MIRANDA SOFIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRA VICENTE BEATRIZ. PEDIATRA. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· TERREROS ARNEDO CARLOS. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MAYAYO PIÑOL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SASTAGO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En relación con el Plan Estratégico para eliminación de Hepatitis C en Aragón, localizar casos perdidos o no diagnosticados por VHC, mejorar el control y seguimiento de casos probados y valorar su tratamiento, realizaremos el estudio en el área de Salud de Sástago.

La hepatitis C causa importante morbimortalidad, la actual existencia de un tratamiento eficaz, mejorará la historia natural de la enfermedad, lo que llevaría a una eliminación a largo-medio plazo de la infección.

En Aragón se estiman 3.922 y 5.491 pacientes con VHC ARN positivo(Infección activa). Un 53% de los casos, no presentaría fibrosis significativa (F0-F1), 47% fibrosis mayor (F2) y 32% fibrosis avanzada (F3-F4). En relación a la edad, la mayoría han nacido entre 1955 y 1975.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Búsqueda activa de casos entre individuos con factores de riesgo:
Personas que se inyectan/ inhalan drogas (aunque solo haya sido una sola vez)
Antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1992
Antecedentes de cirugía, procedimientos invasivos o intervenciones odontológicas antes de la utilización de material desechable (1980).
Antecedentes de hemodiálisis crónica
Recién nacidos de madres infectadas por VHC a partir de los 18 meses
Infección VIH o VHB
Convivientes y parejas sexuales de pacientes VHC
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadores sexuales
Antecedentes de internamiento en Instituciones Penitenciarias
Trabajadores tras exposición accidental con material biológico infectado
Antecedentes de tatuajes, piercings, manicura, pedicura, acupuntura, sin precauciones de seguridad
Hipertransaminemia o enfermedad hepática aguda o crónica
Alguno de éstos colectivos: VIH o VHB, inmigrantes zonas de alta prevalencia(Rumanía, Este y Centro de Asia, Africa y Oriente Medio)

2. Cumplimentación del Protocolo de OMI-AP : AP Adulto Factores de Riesgo Hepatitis C.

Cribado y definición del factor de riesgo :Transmisión parenteral, sexual y otros
Si cumple algún criterio: analítica de Diagnóstico de Hepatitis C
Si resultado positivo:serología + y ARN +: Infección activa, solicitar Elastografía hepática desde OMI-AP (radiología)
Posibilidad de estudio estadístico de resultados
Objetivo: realizar el cribado en un 75% de la población con factores de riesgo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Grupos de riesgo, cribado. Creación del episodio: Cribado de Hepatitis C
1ª reunión con el EAP, el coordinador ofrecerá sesión informativa e información del Plan Estratégico en Aragón
Reuniones de EAP bimensuales para unificar la información
Comunicar a los Servicios Sociales la existencia del programa, para acceder a otras poblaciones en riesgo
Información a la comunidad, sobre el Plan estratégico, en el Consejo de Salud y en la Mesa de Violencia de Género (trimestral)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje cribado /población riesgo
Nº casos negativos / población riesgo
Infección activa / población riesgo
Nº casos perdidos detectados (búsqueda activa)
Conseguir un 75% de cribado respecto a la población de riesgo

Proyecto: 2019_1458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO VHC EN EL CS DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Fuente de datos OMI-AP e HCE Salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio Mayo de 2019, durante un año, en principio

Reuniones bimensuales del EAP para recogida de casos y valoración de estrategias

Comunicación de pacientes en tratamiento, posibles efectos adversos y resultados favorables del tratamiento

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo informático y acceso OMI-AP e HCE

EAP, laboratorio, unidades de digestivo del HMS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES VILLANOVA VALERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RAMON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· TERREROS ARNEDO CARLOS. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ ROY JOSE LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MAYAYO PIÑOL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La pluripatología crónica de la población que conlleva atención sanitaria por diversos especialistas médicos, con tratamientos diferentes que complican los cuidados del paciente de forma integral, el envejecimiento de la población rural, la distancia desde los domicilios a las consultas especializadas, las citas en diferentes días a varios especialistas que conlleva trastornos y confusiones del paciente y su familia y cuidador, el aumento del gasto sanitario (una gran parte de estos pacientes se deben trasladar en ambulancia). La saturación del servicio de urgencias hospitalarias provocadas en gran parte por este tipo de paciente, la duplicidad de pruebas complementarias y actos médicos conllevan un gran gasto sanitario.

- Favorecer la atención integral del paciente a través de la coordinación de sus responsables sanitarios directos de A. Primaria con el servicio del PCC.
- Mejorar la comunicación entre A. Primaria y A. Especializada con actuaciones consensuadas entre los miembros del E.A.P., que favorezcan la disminución de descompensaciones, efectos adversos y mala adherencia al tto.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y la gestión de los recursos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear herramientas que faciliten la identificación rápida del PCC
Mejorar los registros de OMI - AP
Monitorizar los resultados del protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en el programa del PCC en los meses de Abril y Noviembre.
Evaluación de los items realizada por enfermería
Colocar flashes para personal sanitario y administrativo en OMI, indicando que es PCC.
Colocar flashes para personal sanitario indicando signos y síntomas de alarma del paciente.
Sesión Clínica en Mayo de 2019, para establecer un sistema de registro (organigrama) consensuado, que permita una actuación similar de todos los profesionales de E.A.P.
Reparto de tareas entre los miembros del E.A.P.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Mejorar los resultados de la implementación del protocolo y la atención al PCC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Abril a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Listados actualizados de pacientes en Abril y Noviembre.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Crónico Complejo
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE EDURNE AMATRIAIN BOLEAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TORRE RAMONA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LANZON CELESTE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- IRIBARNE FERRER MARTA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).

Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.

En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.

Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.

Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.

Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.

Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.

Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.

Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:

Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.

Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.

Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.

Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC

Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Proyecto: 2019_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio amplio disponible para la realización de los talleres.

Ordenador y proyector.

Material para la realización de los talleres: alimentos naturales y artificiales, cooxímetro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCIÓN E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMON

2. RESPONSABLE MARIA SANTOS VISUS LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMATRIAIN BOLEAS EDURNE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· TORRE PEREZ BELEN. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GONZALEZ GUILLEN. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS CACERES MARIA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LANZON CELESTE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nuestro resultado en la detección de consumo de tabaco en nuestro centro de salud en el 2018 ha sido menor que el año anterior (42,95%,) con una tendencia a la baja desde 2016 (47,56%), aunque nuestro resultado sea superior al del Sector y el Salud.

Así mismo, aunque nuestra tendencia en intervención sobre el tabaco va en aumento, el último año ha sido muy discreta, del 48,99% al 49,13% y es inferior al Sector y el Salud.

La principal causa es la variabilidad entre los cupos con variaciones en la detección del 16,94% al 73,33% y en la intervención entre el 14,78% al 85,20%. Nuestra estrategia de estos años se ha basado en disminuir esa variabilidad con sesiones de formación para mejorar la actividad y el registro en OMI-AP, también en mejorar la captación a través de carteles informativos en sala de espera para sensibilizar y ofertar el servicio. El tabaco es uno de los principales motivos de enfermedad y muerte en nuestro entorno y de ahí la importancia en incidir en su detección e intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la detección de tabaco al 47,56% (dato del 2016) entre la población diana
Aumentar la intervención sobre tabaco (breve o intensiva) al 55% entre la población diana

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Nuestra estrategia se basa en realizar campañas de captación oportunista en los accesos al centro de salud a personas mayores de 15 años.

Se establece un puesto con cartelería e información escrita sobre el tabaco y con personal sanitario del centro (MIR, EIR o titulares). Se pregunta a los pacientes, si acepta, si fuma, en caso afirmativo si desearía hacer un intento de abandono. Si la respuesta es negativa se da consejo breve, se entrega información escrita y se oferta su profesional de referencia si cambia de opinión. En caso afirmativo se oferta cita en consulta monográfica de tabaco o con su profesional de referencia. Por último se toma dato de filiación y resultado de la intervención para su registro en OMI-AP.

Se ha estimado el número de personas que serían necesarias para alcanzar los objetivos: en la detección se estima unas 500 personas y en intervención la 200. Para calcular el número de jornadas calculara el rendimiento mediante una prueba piloto con dos profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de mayores de 15 años con anamnesis sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.

Porcentaje de mayores de 15 años con episodio de tabaco e intervención sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.

Fuente: cuadro de mandos de los indicadores clínicos del acuerdo de gestión clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio Mayo 2019 y Fin Diciembre 2019

Mayo: Preparación de material, sesiones de formación e información al EAP y prueba piloto.

Junio a Noviembre: Actividad

Diciembre: Evaluación y conclusiones

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una mesa, cartelería sobre tabaco, material impreso con información para los pacientes y hojas de registro. Recursos humanos, al menos dos personas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1188 (Acuerdos de Gestión)

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMON

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRE RAMONA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BRUSCAS ALIJARDE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OTEGUI ILARDUYA LUIS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- BLESAS RAMIREZ MARIA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- SAURAS YERA CRISTINA INES. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
- MONEO HERNANDEZ ISABEL. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Aunque los factores causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tiene especial repercusión en la reducción del consumo de antibióticos. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRE RAMONA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas.
- Actualizar a los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico. Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $DDD \text{ cefalosporinas de } 3^{\text{a}} \text{ generación (J01DD)} / DDD \text{ antibióticos (J01)} \times 100$. Valor 2018: 3,2 %. Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias .Valor 2018: 42,94 %. Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias. Valor 2018: 35,88 %. Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con infecciones del tracto urinario por parte de la responsable.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo y revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018 por parte de todos los participantes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los propios del centro de salud.

Proyecto: 2019_1211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRE RAMONA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

2. RESPONSABLE LAURA SANZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAMORA LANDA JAVIER LUIS. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· FERRER GAZOL ANA CARMEN. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MALLOR BERNAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· DIEZ ROMEO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ ARIZA JAVIER. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· CASAS BIELSA JULIA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· RASAL MELUS MARIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardíaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.

En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.

Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.

Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.

Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.

Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la ECV con conciencia y corrección del estilo de vida.

Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud Torrero-La Paz.

Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:

Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.

Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.

Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.

Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

No pacientes interesados en realizar los talleres/No pacientes que han pasado por la Fase II de RHC

No pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

No pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

No pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Proyecto: 2019_0167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

Estándar 60%

No pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

No pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio amplio disponible para la realización de los talleres.

Ordenador y proyector.

Material para la realización de los talleres: alimentos naturales y artificiales, cooxímetro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1183 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRERO-LA PAZ

2. RESPONSABLE VICENTE VILLAR SEBASTIAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TORRERO LA PAZ
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• LABAT PONSÁ RAQUEL ESTHER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• MARCO IBAÑEZ ALMUDENA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• MARCOS MAYOR LAURA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• MURILLO MARTIN ALBERTO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• SIMON SERRANO MIGUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRERO LA PAZ se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 17,7 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 17,7 %

Objetivo 2019: <16 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1183 (Acuerdos de Gestión)

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRERO-LA PAZ

Valor 2018: 82,40 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

2. RESPONSABLE CARMEN VILLANUEVA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ MARTINEZ LAURA. EIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· ZAMORA LANDA JAVIER LUIS. EIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· ENRIQUE SANCHEZ-CABALLERO JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SIMON SERRANO MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· SAINZ CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La creación de estilos de alimentación saludables comienza desde el nacimiento y los primeros años de vida. Los estilos de vida saludables nos permiten prevenir enfermedades futuras como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, el cáncer de colon, etc. Por ello la alimentación correcta desde el principio es clave para el desarrollo adecuado del bebe en el presente y llegar sano a la vida adulta en el futuro. Diariamente las familias nos plantean sus dudas y preguntas sobre la alimentación de sus hijos no solo en las consultas programadas si no cuando viene al centro de salud por otros motivos. ¿Qué alimentos pueden tomar? ¿Cuándo le pueden dar una fruta determinada, unos frutos secos, etc.? ¿Qué cantidad de comida necesita un bebe? En nuestro CS hay un Taller de Lactancia y nos pareció que podíamos dar cierta continuidad a este, podíamos responder a estas preguntas y favorecer unos hábitos de nutrición saludables Queríamos resolver estas cuestiones con tranquilidad, con tiempo y sobre todo de forma dinámica y participativa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del taller es contribuir a la capacitación para la promoción de estilos de vida saludables en la familia.

Otros objetivos:

- Conseguir que las familias y/o cuidadores conozcan como introducir los alimentos de la forma más saludable posible
- Aprender buenos hábitos de alimentación para conseguir una actitud favorable y trasmitirla para que se mantengan en la etapa adulta.
- Adquirir habilidades para identificar los ingredientes en alimentos procesados y conocer cómo elegir mejor estos productos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Fecha y lugar de realización. Centro de Salud Torrero La Paz. Sala multiuso.
Tienen una periodicidad de un taller cada dos semanas. Miércoles (primero y tercero de cada mes) a las 12h 30'. Pueden asistir padres y/o madres o cualquier cuidador interesado en la alimentación del bebe, pudiendo acudir sin problemas acompañados de los bebes.
Publicitado. Al inicio con carteles en el CS. Informando de su existencia en las consultas de pediatría (medicina y enfermería) y en el taller de Lactancia materna. Actualmente a través de redes sociales
Material empleado. Soporte audiovisual de proyector: power point y videos. Pizarra
Material para entregar a los participantes. Hoja con las recomendaciones de introducción de alimentos de forma saludable realizada en el CS (siguiendo recomendaciones de Aepap y Esghan)
Actividades. El taller es totalmente interactivo. Los participantes se colocan en forma de rueda con intervenciones (preguntas, dudas) de todos los integrantes.
Se realizan escenificaciones de situaciones en forma de teatrillo con cambio de roles (el pediatra pregunta como familia y la familia contesta como pediatra).
Visualización de videos
Elaboración de menús de forma interactiva.
Está prevista la realización de un texto (libreto) con la recopilación de estos menús y pequeños trucos en la alimentación aportados por las familias.
Contenidos.
-Introducción de la alimentación complementaria. ¿Cómo? ¿Cuándo?
-Conocer el método aprendo a comer solo (ACS) o baby-led-weaning (BLW, o alimentación complementaria guiada por el bebé). Ventajas e inconvenientes
-Etiquetado nutricional de los alimentos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar una encuesta de satisfacción (al año de su puesta en marcha): sobre el taller y las actividades realizadas, si resuelve las dudas, su utilidad y que cuestiones importantes no son explicadas en el taller.

Proyecto: 2019_1209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Estándar planteado. Nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio enero de 2019 de los talleres

Se realizan de forma periódica. El día es fijo, siempre los miércoles primero y tercero del mes. Si es festivo no hay taller no se modifica la fecha.

La finalización del taller la supeditamos a la asistencia o interés de la población por asistir.

Queremos que sea un recurso sostenible en el tiempo

Evaluación diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala multiusos del centro de salud (se reserva mediante agenda). Ordenador. Proyector

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Niños

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0889 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

2. RESPONSABLE VALENTIN CAZAÑA MAELLA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAEN BAYARTE ESTEBAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BENEDI BULL MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VAZQUEZ SANCHEZ MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· NAVARRO BARRADO ESTHER. CELADOR/A. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OJEDA SEUMA DIEGO. CELADOR/A. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· QUINTILLA MUÑOZ MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Centro de Salud de Valdespartera tiene, a fecha de 31 de diciembre de 2018, un número de 31930 TIS adscritas. Si bien se trata de una zona con población joven, con una labor de difusión e información sobre las posibilidades que ofrecen las herramientas incluidas en la web y en la app saludinforma, se puede potenciar más su uso por los usuarios, simplificando y facilitando un buen número de gestiones, sin necesidad de desplazarse al Centro de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar el uso de la app salud informa entre los usuarios de nuestro Centro de Salud.
- Aumentar el conocimiento y uso de las herramientas de la web y la app Salud informa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de la estrategia para facilitar la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una presentación con información de la app Salud informa, para su difusión en la pantalla disponible en el Servicio de Admisión.
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Saludinforma.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y la obtención del certificado electrónico.
- Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

De actividad:

- Número de usuarios que han recibido información sobre las aplicaciones incluidas en la web y en la app salud informa.

De impacto:

- Número de códigos PIN facilitados, acreditados por los formularios rellenados por los usuarios.

Indicador:

El objetivo sería incrementar un 25% el número de pin facilitados en 2018, respecto de la población asignada al Centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo- Abril:

- Diseño de la estrategia para facilitar de forma activa la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una prestación con información de la pp Salud Informa, para su difusión en la pantalla disponible en el servicio de admisión

Mayo-Diciembre:

- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Salud Informa.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y el certificado electrónico.
- Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.

Enero 2020: Evaluación; según los resultados se valorará la continuidad del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal administrativo del Servicio de Admisión
Recursos informáticos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0889 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CUESTA SAMPER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORINAS DELGADO NOELIA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· FRAJ VALLE MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN GRACIA EVA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· ARIZA GRACIA REBECA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CORTES BELANCHE ANDRES. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHEZ SANCHEZ CLARA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria es mejorable. En la actualidad en nuestro centro es del 12,3%.

Muchos pacientes con ésta patología los tenemos en la actualidad con tratamientos combinados de ezetimiba-estatina, ezetimiba sola o fibratos, solos o combinados. Por lo que estaríamos "sobretratando" a unos pacientes, no siendo adecuado el balance riesgo/ beneficio; así como tampoco sería el adecuado el balance entre costes y uso de los recursos.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados. En España, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como primera causa de muerte.

La PREVENCIÓN PRIMARIA de la enfermedad cardiovascular es el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir el riesgo de un primer evento coronario o cerebro vascular. Siendo la primera estrategia a seguir, el impulsar cambios de estilo de vida e identificar aquellos pacientes con mayor riesgo.

Todas las guías actuales sobre prevención de ECV en la práctica clínica recomiendan la evaluación del riesgo de EC o riesgo cardiovascular (RCV) total. Ya que la ECV aterosclerótica suele ser el resultado de diversos factores de riesgo, la prevención de la ECV en una persona determinada, se debe adaptar a su riesgo CV total: a mayor riesgo, se debería aplicar una cobertura más intensa.

Al analizar nuestros datos, nos damos cuenta que el cálculo de RCV entre nuestros pacientes sólo había alcanzado el 50,76% y la detección de tabaco el 33,4%. Como todas las guías de práctica clínica sobre tratamiento de dislipemias en prevención primaria se considera que las funciones de riesgo son el mejor instrumento actualmente disponible para detectar a los pacientes de alto riesgo, aunque su rendimiento predictivo a nivel individual es bajo. Y dado que estudios de cohortes han demostrado que las ecuaciones de riesgo, cuando se aplican a poblaciones similares a aquellas a partir de las cuales se han elaborado, predicen con un alto grado de exactitud lo estimado previamente. Y la actuación a nivel de los factores de riesgo modificables es la primera acción a tomar en cuenta... hemos decidido actuar sobre éstos para mejorar nuestra cobertura en el tratamiento de dislipemias en atención primaria .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir la cobertura ineficiente de tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

Para lo cual incidiríamos:

- 1-Actualizar los conocimientos a los profesionales sobre guías de tratamiento de dislipemias.
- 2- Actualizar los conocimientos a los profesionales de cómo usar el cuadro de mandos.
- 3- mejorar la cobertura en el cálculo de RCV en nuestros pacientes, fijándonos en las tablas de riesgo.
- 4- mejorar las coberturas en detección e intervención de tabaquismo.
- 5- Insistir en las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de iniciar un tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Comunicar el proyecto a los componentes de equipo del centro de salud .
- 2- Sesión clínica sobre el uso de cuadro de mandos y OMI.
- 3- Sesión clínica de recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular .
- 4- Sesión clínica sobre medidas dietéticas y cambios de estilo de vida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Pacientes con prescripción activa de tratamiento combinado en prevención primaria (%) / pacientes con prescripción activa de hipolipemiante y diagnóstico de prevención primaria.

Proyecto: 2019_1105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

Objetivo 2019: máx 10,98% y mín 5,17% . En 2018 nuestro centro : 12,03%

RCV personas con factor de riesgo : Proporción de pacientes entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo en quién consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular.

Objetivo 2019 : máx 67,13 % y mín 55,55%. En 2018 nuestro centro : 50,76%

- Detección de tabaco.% pacientes que fuman

Objetivo 2019: máx 47,51% y mín 33,11. En 2018 nuestro centro : 33,4%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1ª sesión abril- mayo

2ª sesión mayo- junio

3º sesión antes de fin de junio

Revisar a finales de septiembre y si fuera preciso, nuevas reuniones del grupo con el equipo para recordar términos e incidir en la importancia del problema.

Diciembre: memoria de evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

2. RESPONSABLE NOELIA SORINAS DELGADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CUESTA SAMPER MARIA TERESA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN GRACIA EVA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
- CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
- GRIMAL ALIACAR CARLOS. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- VELASCO MARTINEZ MARTA VEGA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- GALE ANSO INES. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- CALVO PERALTA CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VALDESPARTERA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 22,8 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
- Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
- Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
- Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
2. N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
3. Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 22,8 %
Objetivo 2019: <18 %
4. Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Proyecto: 2019_1107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

Valor 2018: 82,32 %
Objetivo 2019: Disminuir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAZAÑA MAELLA VALENTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GALE ANSO INES. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· ALBESA BENAVENTE ANA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MATEO DOLORES. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tabaquismo es un problema de salud pública que afecta de manera directa a la población infantil. Hay evidencia científica de los efectos patológicos devastadores tanto en el tabaquismo activo como en el pasivo. El pediatra como cuidador de la salud del niño y el adolescente tiene una importante responsabilidad en la lucha antitabaco. En el C.S.Valdespartera disponemos de una consulta de tratamiento para el Tabaquismo, siendo un Centro en el que atendemos una masa de población infantil de alrededor de 8.000 niños y existiendo evidencia de patología en niños relacionada con el hábito de fumar en los padres o convivientes, nos proponemos mediante una encuesta a pasar en las consultas de pediatría del Centro, lograr la captación de padres fumadores y efectuar un tratamiento individualizado de forma que podamos mejorar la salud de los padres y de los niños, en cuanto a las enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejora de intervención en tabaquismo, subiendo del 62% al 67% anual.
- Mejora de salud de la población infantil y adultos mediante el tratamiento del tabaquismo.
- Disminuir incidencia de enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco en población infantil.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesión formativa en EAP para explicación de Proyecto.
- Sesión formativa en EAP para el registro de tabaquismo en OMI.
- Información/captación de usuarios fumadores convivientes con población infantil.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes en intervención en tabaquismo. Del 62% al 67%.
- Aumento del porcentaje de pacientes en detección del tabaquismo. Del 33,40% al 38%.
- Porcentaje de fumadores con intento serio de dejar de fumar.
- Fuente de datos: Cuadro de mandos
- Información/captación de usuarios en registro manual a través de encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- De mayo a junio de 2019, sesiones formativas en EAP y elaboración de encuestas.
- De julio de 2019 a diciembre de 2019, captación/información de usuarios.
- Enero de 2020, memoria del Proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Cooxímetro.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

2. RESPONSABLE MERCEDES CEMELI CANO
• Profesión PEDIATRA
• Centro CS VALDESPARTERA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BELTRAN GARCIA SARA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• JUSTES LOPEZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• CALVO PERALTA CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
• ARIZA ORTIZ REBECA MANUELA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La educación para la salud (EPS) puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud. Por otro lado, la educación para la salud contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud. La escuela es uno de los ámbitos más importantes para la EPS. Como personal sanitario, seguimos siendo esenciales en la instrumentación de los esfuerzos para crear, organizar e implementar cambios en la comunidad que pueden modificar significativamente la salud de los niños, por ello queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables del barrio. Los niños acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Principal:

Que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, a sus profesionales y las funciones que desempeñan.

Objetivos específicos:

Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.

Conocimiento de las funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.

Conocimiento práctico de cómo podemos evitar el contagio de determinadas enfermedades más frecuentes en el colegio

Conocimiento práctico de cómo actuar en determinados casos de riesgo vital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Población diana:

Niños del Colegio San Jorge de Zaragoza.

Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza

La captación se realizará desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:

- Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
- Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
- Taller de lavado de manos y prevención en la transmisión de infecciones con profesionales de enfermería
- Taller de RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y atragantamiento con profesionales médicos y personal de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Diferentes grupos de un número reducido de alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un vídeo de presentación, a continuación, damos a conocer las diferentes salas del centro y por último la realización de talleres prácticos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

AUDIOVISUALES, MATERIAL SANITARIO DE CONSULTA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y ATENCIÓN URGENTE
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

2. RESPONSABLE INES GALE ANSO
• Profesión PEDIATRA
• Centro CS VALDESPARTERA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RONCALES SAMANES MARIA DEL PILAR. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• SAEZ DE ARANA PEREZ MARIA ESPERANZA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• TAPIA RUIZ MARIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• CEMELI CANO MERCEDES. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• ROYO PEREZ NIEVES DELIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, en España se producen alrededor de unas 30.000 muertes súbitas al año fuera del hospital. En el 80% de los casos, estos eventos tienen lugar en el hogar de los pacientes. La supervivencia al año de los pacientes que sufren un paro cardíaco, varía de unos países a otros, siendo la media de apenas el 10%. Actualmente está demostrado que si se realizan una serie de acciones encadenadas, que pueden ser realizadas por la mayoría de las personas, de nominadas cadena de supervivencia, por parte de los testigos presenciales, se podría aumentar la supervivencia en 2-3 veces. Hoy en día se realizan estas maniobras en apenas 1 de cada 5 personas que sufren un paro cardíaco fuera del hospital. En los países donde la realización de técnicas de RCP por parte de testigos es alta, como Países Bajos o Suecia, las tasas de supervivencia pueden llegar al 40%. Según el European Resuscitation Council, y de acuerdo con lo expone la OMS en su declaración publicada en 2015 " Kids Save Lives", la capacitación obligatoria a nivel nacional de los niños en edad escolar tiene el impacto más alto para mejorar la tasa de RCP de los transeúntes. Esta parece ser la forma más exitosa de llegar a toda la población. El real Decreto 126/2104 de 28 de Febrero obliga a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de Educación Primaria. Pero todavía no se hace ni en todos los colegios ni de forma reglada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Instruir en cómo actuar ante una situación de posible emergencia vital, la cadena de supervivencia, a alumnos de centros escolares pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Valdespartera-Montecanal.
La población diana: escolares de 1º y 3º de primaria del CEIP Valdespartera 1 (150 alumno aproximadamente).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad se desarrollará mediante talleres de 50-60 minutos de duración. Los talleres se impartirán por clases, en grupos de 24-25 alumnos. En cada taller participaran 2 pediátrías del Centro de salud de Valdespartera-Montecanal además de la profesora o profesor que acompañe a los alumnos.

Los objetivos específicos a conseguir serán:

- 1) Aprender a contactar y dar información relevante al servicio 112: : cómo llamar al 112, saber responder a las preguntas que les formulen en dicha llamada(explicarles que tendrán que hablar con diferentes personas, contestar las preguntas que les hagan de la forma más clara posible...)
 - 2) Aprenderse su dirección. Así mismo como a esta edad los niños ya saben leer y escribir se le aconseja tener escrita la dirección postal en un papel cerca del teléfono.
 - 3) Aprender a reconocer una persona inconsciente: Se explica la diferencia entre estar dormido e inconsciente.
 - 4) Aprender a reconocer si una persona respira: realizar la maniobra frente- mentón para comprobar si la persona respira (oír, ver, sentir).
 - 5) Aprender qué hay que hacer si una persona inconsciente respira: Practicar la posición lateral de seguridad con la ayuda de los compañeros de la clase.
 - 6) Aprender cómo actuar si una persona inconsciente no respira: RCP básica con compresiones torácicas sobre un muñeco de peluche.
 - 7) Practicar técnicas de desobstrucción de vía aérea superior y saber cómo actuar en las diferentes situaciones que se planteen (la persona realiza tos efectiva, no puede toser, persona inconsciente)
- Así mismo se pondrá "la canción de la reanimación", a modo de repaso y como broche final al taller.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

A) Los alumnos rellenarán la encuesta de satisfacción al final del taller en la que valorarán la actividad mediante tres preguntas y una escala de iconos

INDICADOR 1: ¿TE HA GUSTADO?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

INDICADOR 1: ¿HAS APRENDIDO COSAS NUEVAS?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

INDICADOR 1: ¿TE GUSTARÍA QUE TUS AMIGOS LO HICIESEN TAMBIÉN?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

B) Se pasará una encuesta de satisfacción a las profesoras que acompañen a los alumnos a los talleres con una escala de 0 a 5 (0 En desacuerdo; 5 Muy de acuerdo)

INDICADOR 1: ¿TE PARTECE ADECUADA PARA LA EDAD LA METODOLOGIA UTILIZADA EN LOS TALLERES?

Proyecto: 2019_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

INDICADOR 2: ¿CREES QUE LOS CONCEPTOS EXPLICADOS EN EL TALLER HAN QUEDADO CLAROS?

INDICADOR 3: ¿TE PARECE QUE DEBERIA SER OBLIGATORIO EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS EXPLICADAS POR TODO EL PROFESORADO DEL CENTRO ESCOLAR?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los talleres se impartirán como parte del programa de la "Feria Científica", actividad que se va a llevar a cabo en el CEIP Valdespartera 1 durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2019. Durante esos días, y en horario escolar, las pediatras se desplazaran por parejas al colegio para impartir los talleres a los alumnos de 1º y 3º de primaria. La actividad se modificará para el siguiente curso escolar en función de los indicadores obtenidos a través de las encuestas de satisfacción contestadas por los alumnos y el profesorado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador y altavoces para la reproducción de la canción de la reanimación (lo aporta el colegio)
Peluches (que aportará cada niño)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sin patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0664 (Acuerdos de Gestión)

FOMENTAR EL USO Y FORMACION DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

2. RESPONSABLE JOSE FERNANDO SOLA ANTON
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS VENEZIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJADA TARRAGÜEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENEZIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MESTRE CALVO INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENEZIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GONZALO LABAT PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENEZIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALMAJANO MARTINEZ JOSE LUIS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENEZIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERRERO GALVEZ MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENEZIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras dos encuestas de satisfacción realizadas, una en 2016 y otra en 2018 se ha hecho patente la necesidad de mejorar en la citación telefónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se propone la promoción y formación en el uso de la app de los usuarios para mejorar y reforzar el sistema de citación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ofertar el conocimiento y uso de la app en el departamento de Admisión a los usuarios y facilitar su código pin.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una encuesta para saber la cantidad de usuarios que conocen y o utilizan la app antes del comienzo del proyecto y seis meses después para conocer si este conocimiento por parte de los usuarios ha mejorado en su conocimiento y su uso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno del que no dispongamos ya. Personal de Admisión-

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ninguna
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0917 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

2. RESPONSABLE MARIA ELENA VERDURAS SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS GIL EVA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO MORENO ROSA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· CONDE ASENSIO VICTORIA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· SAUCO JAQUES MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VENECIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

ANALISIS DE LA SITUACION .PERTINENCIA DE PROYECTO

La interconsulta virtual AP-AE comenzó a implantarse en nuestro Centro de Salud en Octubre 2017. Desde entonces se ha ido ampliando progresivamente a la mayoría de las especialidades en la actualidad . Cuando se hace la valoración de nuestra interconsulta por parte de Especializada hay dos posibilidades: que se quiera valorar al paciente de forma presencial citándolo por carta o por teléfono o que se le avise telefónicamente por parte del Servicio de Admisión de nuestro centro para que transmitamos al paciente la respuesta de la interconsulta en el caso de que no se requiera valoración presencial . Hay un grupo de pacientes en los que sí se va a hacer valoración presencial(con lo cual no son avisados desde Admisión) y vienen con una indicación del especialista (realizar analítica, ECG previa a la cita, comenzar ya con un fármaco antes de la cita ...)
Los médicos de AP revisamos todas las respuestas de las interconsultas y se avisa personalmente por teléfono al paciente para indicarles la recomendación pero hay determinadas situaciones : sustituciones, vacaciones, permisos ...en las que estos pacientes pueden no ser llamados y sobre todo si la citación es preferente o para diagnóstico rápido pueden acudir a la consulta sin la recomendación hecha previamente
Hemos elaborado un proyecto de mejora para evitar estas situaciones . Con ello contribuimos a mejorar el flujo de comunicación de la Interconsulta Virtual AP-AE redundando en el beneficio de la atención al paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general .

Mejorar la efectividad de la interconsulta virtual recientemente implantada en nuestro Equipo de Atención Primaria

Objetivo específico:

Que el 100% de los pacientes a los que se realiza ICV que van a ser valorados en consulta especializada y lleven una recomendación sean citados en Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Informar via personal -teléfono y con carta informativa del proyecto a la Dirección de AP y a los responsables de la interconsulta virtual de las diferentes especialidades .
En dicha carta se explicará que habrá que hacer una selección en la respuesta de la interconsulta haciendo constar la siguiente notificación :PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN para que a la recepción en nuestro EAP, el Servicio de Admisión lo pueda reflejar así en nuestras agendas
Informar a todos los médicos del EAP para que una vez que esté el proyecto en marcha registren los que se han quedado sin citar porque no ha llegado al Centro la respuesta con este sistema para posteriormente cuantificar el total de pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Una vez que se ponga en marcha el proyecto necesitaremos los siguientes datos :

Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citan en nuestro EAP

Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citen como PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN

Numero de respuestas de interconsultas virtuales que deberían de haber sido PRESENCIALES CON RECOMENDACIÓN y que detectemos que no han llegado al EAP de esta manera

De esta manera elaboraremos los indicadores para valora si hemos obtenido el porcentaje deseado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio : una vez aceptado el proyecto de mejora

Elaboración de carta para enviar a Dirección de EAP y responsables de ICV de las diferentes especialidades : 1 mes

Proyecto: 2019_0917 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Puesta en marcha tras obtener respuesta
Recogida de datos : 6 meses -1 año
Evaluación periódica con comunicación de incidencias en reuniones de EAP

9. RECURSOS NECESARIOS.
Intervención de Servicio de Admisión del EAP, médicos del EAP y especialistas que realizan la ICV

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las interconsultas virtuales
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0939 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

2. RESPONSABLE SARA ARQUILLUE VARONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· BURILLO MATEO RAQUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· CONDE ASENSIO VICTORIA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS GIL EVA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUPLA ARENAZ MARIA. PEDIATRA. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GINES ANA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VENECIA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,1% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico. Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,1 %. Objetivo 2019: =2,0%
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias Valor 2018: 28,38
% Objetivo 2019: Disminuir
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias Valor 2018: 51,35 % Objetivo 2019: Disminuir

Proyecto: 2019_0939 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo. Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal, proyector, sala .

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infecciones
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

2. RESPONSABLE CARMEN BELEN BENEDE AZAGRA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AYARZA IZAGUERRI CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
- SOLA ANTON JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
- DUEÑAS GIL EVA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
- MURILLO MORENO ROSA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
- MARCUELLO AZON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
- PUEYO GINES ANA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La soledad y aislamiento social (AS) determinan la salud personas que atendemos en Atención Primaria (AP). 50% pueden presentarlas. Es importante detectarlas por su impacto en bienestar y esperanza de vida al ser factor de riesgo morbi-mortalidad. Las personas que viven solas, con pluripatología, cuidadoras, síntomas depresivos, insomnio, viudedad jubilación, paro o empobrecimiento son más vulnerables. Actuaciones individuales en AP tienen poca efectividad. Son más efectivas las grupales, participativas, multidisciplinares, intersectoriales y comunitarias. En ZBS de Venecia presentamos un porcentaje hogares unipersonales alto 15,29%, sobrevejecimiento de 15, 57%, tasas personas > 65 años de 25,94% llegando casi al 5% personas >85 años y objetivamos importancia de casos de soledad y aislamiento con aumento de hiperfrecuentación, medicalización y frustración. Planteamos proyecto para detectar estas situaciones y orientar la práctica a determinantes para realizar intervenciones basadas en evidencia en cooperación con otros recursos comunitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar formación personal EAP sobre soledad y AS
- Detectar casos de soledad y AS y codificar adecuadamente, en especial en mujeres, ancianos y población vulnerable
- Detectar casos población anciana utilizando Escala UCLA validada.
- Facilitar coordinación entre recursos comunitarios, activos para la salud y centro de salud
- Reducir proceso medicalización en soledad y AS, favoreciendo estructuración desmedicalizadora en consulta
- Generación circuito recomendación activos para la salud en EAP en casos soledad y AS utilizando guía recomendación activos para AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Actividades creación y coordinación grupo trabajo (3-4/2019)
- Formación grupo trabajo y equipo. Sesiones sensibilización en entorno (4-5/2019)
- Actividades coordinación con recursos comunitarios para diseño, desarrollo y evaluación (4-5/2019)
- Planteamiento codificación y acciones consulta individual (Códigos, Uso Escala UCLA, Riesgo Social, propuestas desmedicalización) (5-6/2019)
- Creación grupo trabajo intersectorial sobre soledad en ZBS, diagnóstico participativo y propuestas recomendación de activos y/o comunitarias (5-6/2019)
- Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guía Recomendación de Activos AP (7-8-9-10-11-12-1/2019)
- Plan comunicación equipo EAP (todo proyecto)
- Actividades evaluación seguimiento proyecto, evaluación final y propuestas mejora (10-12/2019 y 1/2020)
- Comunicación resultados (2/2020)
- Difusión proyecto Jornadas Calidad (6/2020)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación cuantitativa recomendación activos para la salud con datos protocolo OMI-AP, junto con cualitativa participativa al final proyecto

*Indicadores cuantitativos:

- Nº de códigos utilizados sobre soledad pre y post proyecto.
- % pacientes con grado moderado soledad según Escala UCLA
- % pacientes con grado severo soledad según Escala UCLA
- Nº pacientes con diagnósticos soledad que se realizó protocolo revisión estructurada medicación
- Nº de protocolos "Activos para la salud" iniciados para diagnósticos de soledad por grupos de edad, sexo, diagnósticos soledad, TSI, tipo profesional
- Nº Derivación trabajo social
- Asistencia al activo
- Grado satisfacción paciente
- Valoración profesional grado mejoría
- *Evaluación cualitativa: grupo focal final para evaluación participativa

Proyecto: 2019_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio Marzo 2019, Fin Febrero 2020. Calendario se adjunta en apartado 6

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos-Recursos profesionales: Equipo proyecto Grupo Atención Comunitaria EAP, Profesionales servicios y entidades de la Zona, Pacientes

Materiales: material fungible reuniones diagnostico, sesiones, grupo focal

Organización EAP: tiempo, organización agenda asistencial

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Personas con diagnóstico de soledad y/o aislamiento social

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑAR REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE MARIA DUPLA ARENAZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS VENEZIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA
• ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA
• GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN. MEDICO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA MANGAS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
• PAVIA CAMARA ROSA. ENFERMERO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA
• PUEYO GINES ANA. MEDICO/A. CS VENEZIA. ATENCION CONTINUADA EN AP
• ESCARTIN LASIERRA PATRICIA. MEDICO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de muerte en el mundo. En España la parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte prematura, ocurre una parada cardiaca cada 20 minutos, el 80% en vía pública. Pero a pesar de que está demostrado que la realización de RCP por testigos puede triplicar la supervivencia, solo 1 de cada 5 afectados la reciben. 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. Pensamos que la forma más natural de capacitar a la población en esta técnica es incorporarla en la enseñanza obligatoria impartida en las escuelas. Esta iniciativa cuenta con el soporte de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.kids-save-lives.eu/>) y otros países como Dinamarca, Francia y Portugal disponen de legislación que ampara estos programas. La campaña "Kids save lives" aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 12 años. Se ha demostrado que es sencillo efectivo y económico enseñar a los escolares las técnicas de RCP, siendo suficiente 2 horas por año. Además los niños favorecen el efecto multiplicador, enseñando la técnica a la familia y los amigos. Existe evidencia de que el entrenamiento en soporte vital básico en las escuelas se asocia con mejores resultados en la supervivencia tras presenciar una muerte súbita.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la formación del personal del EAP sobre reanimación cardiopulmonar.
Mejorar la formación de reanimación cardiopulmonar básica de los niños de 5º y 6º de primaria de los colegios participantes de nuestra área de salud.
Valorar la satisfacción en los colegios y en el personal sanitario que participa en el proyecto.
Introducir el proyecto en la Agenda Comunitaria en la Escuela de nuestro Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1-Se les realizará un test a los alumnos antes y después de nuestra charla-taller para comparar que han aprendido.
2- Presentación de video de simulación "tus manos pueden salvar vidas"
3- Presentación de diapositivas en power point de situaciones de inconsciencia, parada cardiorrespiratoria y atragantamiento.
4- Más vídeos que describen los distintos procedimientos
5- Taller práctico separando a los alumnos por parejas para que practiquen posición lateral de seguridad y maniobra de Heimlich entre ellos y la RCP con los maniqués.
6- Realización de test
El programa consistirá en la presentación del programa a los alumnos y después un taller práctico para consolidación de habilidades. Al finalizar se pondrá a disposición del equipo docente todo el material multimedia.
Para cada sesión se precisará 2 preparadores (Personal sanitario).
PLAN DE COMUNICACION:
1.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP- abril 2019
2.- Contacto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa- abril 2019
3.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar -abril, mayo 2019
4.- Reuniones para la organización y preparación de todos los responsables de los talleres (Mayo 2019)
5.- Realización del programa en los centros escolares interesados en horario lectivo (junio -octubre 2019)
7.- Reunión del equipo de trabajo para evaluación del proyecto (noviembre 2019)
8.- Presentación de resultados al EAP (noviembre 2019)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Test prepueba y posprueba
Cuestionario tipo Test con 4 opciones posibles
Preg. 1: ¿Has recibido información de soporte vital básico? Nunca, si es que si ¿Dónde?
Preg. 2: Si encuentras a alguien tumbado en el suelo y no responde, ¿Qué deberías comprobar?
Preg. 3: Si no responde y no respira ¿A qué número llamarías?
Preg. 4: Si no responde pero respira ¿Qué harías?
Preg. 5: Si alguien se atraganta delante de ti y no deja de toser, ¿Qué harías?

Proyecto: 2019_1154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑAR REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Preg. 6: ¿Para qué se usa la maniobra Frente-Mentón?
Preg. 7: Respecto a la secuencia correcta de la RCP en un adulto
Preg. 8: ¿Qué hay que hacer lo primero en un accidente de tráfico?
Preg. 9 ¿Con que canción/es puedes hacer el masaje cardiaco a 100 lpm?
Preg. 10. ¿Hay que hacer la reanimación cardiopulmonar si el paciente se ha dado un golpe fuerte en la cabeza?
Preg. 11. ¿Para qué se usa la maniobra Frente-Mentón?
Preg. 12 solo postprueba ¿crees que has aprendido algo en el taller?¿querrias aprender más?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Abril 2019 .Fin Marzo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Maniquíes para enseñar maniobras de RCP que se solicitarían a la unidad docente del Miguel Servet

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. reanimacion cardiopulmonar
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0093 (Contrato Programa)**

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SANCHEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP ZARAGOZA 2
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
• ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
• SANGROS GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
• SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• ORIOL TORON PILAR ANGELES. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
• AZNAR CARBONELL ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. SUBDIRECCION MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mandos de diabetes, en el Sector Zaragozsa 2 venimos observando dos problemas mantenidos en el tiempo, en la cobertura de actividades de registro de la estrategia de Diabetes.

1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes se tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes (como por ejemplo GFR, LDL, o HbA1c en el último año), alcanzando una cobertura del 42% (por debajo de la media del Sector del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

2.La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético apenas llega al 20% en el primer indicador y no llega al 20% de los pacientes en el segundo, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones, y pone en riesgo la viabilidad de la estrategia de consultas en la Unidad de pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de atención primaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.Incrementar la cobertura de exploración de microalbuminuria.
- 2.Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un equipo de proceso del Sector, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector.
- Valoración del rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente sus contenidos en la impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación
- Formación en Pie diabético: justificación de por qué debe explorarse y cómo se explora
- Asegurar la estructura básica de la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.
Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre 2018.
- % de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año.
Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.
- % de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de riesgo de pie diabético en el último año.
Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.

Monitorización de los indicadores en el sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre) y reunión del grupo de proceso para su valoración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero/Febrero 2019. Constitución de equipo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0093 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

La renovación de doppler/monofilamento dependerá del plan de necesidades previsto para este año 2019.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0482 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE CRISTINA GOMEZ JULIAN
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro DAP ZARAGOZA 2
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
 - ACETUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
 - PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
 - AZNAR CARBONELL ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
 - ALONSO SANCHEZ MARTA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
 - PALACIN ARBUES JUAN CARLOS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
 - LAIN MIRANDA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una de las Estrategias prioritarias en la actualidad en nuestra comunicad autónoma ha sido el Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo (PCC). El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa. Comenzó su implementación en el mes de marzo en los equipos de Atención Primaria del Sector II, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 Unidades de Continuidad de Cuidados (UCC) específicas para estos pacientes: en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019). La diferente evolución en la creación y operatividad de estas unidades, ha supuesto un lento y dispar desarrollo en nuestro Sector de tan ambicioso Programa, con datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, que no supera el 50%, y niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Incrementar inclusión pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
2. Incrementar la elaboración de Planes de Intervención en los pacientes incluidos en el programa del PCC.
3. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
4. Elaborar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
2. Formación en los EAP del Sector para los profesionales del Equipo.
3. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada EAP en relación a su UCC de referencia
4. Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
5. Evaluación y valoración de la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector II, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización. Feed-back semanal a esta Dirección de Atención Primaria de la actividad realizada en cada Unidad PCC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. %PCC p>99 (GMA) incluidos / PCC p>99 (GMA). Estándar: 25-30% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
2. % pacientes con planes de Intervención/Total PCC incluidos en Programa. Estándar: 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
3. % PCC p97-99 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
4. % PCC p < 97 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
5. % PCC con enfermería identificada. Estándar: 80-90%.
6. % PCC con familiares-cuidadores identificados. Estándar:80-90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Revisión trimestral de evolución de indicadores

Proyecto: 2019_0482 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Ancianos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Abordaje a la Cronicidad
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOLICITUD PERMISOS, VACACIONES Y LICENCIAS A TRAVES DEL AUTOSERVICIO DEL EMPLEADO (SIRHGA). PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA SECTOR 2

2. RESPONSABLE JAVIER MORO LARA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILAR UTRILLA BRAULIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· LACASA ESCUSOL MARTA. TECNICO ANALISTA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION. DG PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· GRAU LORENZO JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PIÑEIRO ADAN CONCHA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente los permisos los solicita el trabajador cumplimentando el modelo AP6, posteriormente el mando intermedio si lo considera pertinente firma y lo remite a la dirección de atención primaria. En el Área de Clientes se comprueba en SIRHGA que el trabajador tiene contingente suficiente, se graban los permisos y los autoriza posteriormente el directivo correspondiente. En atención primaria la solicitud de permisos, vacaciones y licencias conlleva una complejidad añadida debido a la dispersión geográfica de los equipos de atención primaria tanto urbanos como rurales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Que todo el proceso se realice telemáticamente aumentando la seguridad, inmediatez, y evitando el uso de papel en todo el proceso.
- El trabajador solicita el permiso a través del portal del empleado del gobierno de Aragón.
- El mando intermedio lo valida en primer nivel. (Validador 1)
- La Dirección de Atención Primaria autoriza (Validador 2)
- El servicio de clientes valida el permiso. (Validador 3)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un calendario de implantación
- Reuniones con el CGIPC, mandos intermedios y validadores.
- Trabajo previo al procedimiento establecido con servicios centrales
- Formación a los profesionales y validadores del procedimiento.
- Elaboración del manual de solicitantes.
- Elaboración del manual de validador.
- Pilotaje en los servicios de la dirección de atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero de reuniones: 3
- Numero de servicios, unidades con gestión telemática: 3
- Manuales elaborados: 2
- % de solicitudes tramitadas telemáticamente desde la puesta en marcha: >80 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración calendario implantación: 15 abril 2019
- Reunión Área de Clientes - CGIPC: Segundo trimestre 2019.
- Formación a los profesionales: tercer trimestre 2019.
- Formación a los Validadores: tercer trimestre 2019.
- Elaboración de manuales: tercer trimestre 2019.
- Comienzo solicitud telemática: cuarto trimestre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**SOLICITUD PERMISOS, VACACIONES Y LICENCIAS A TRAVES DEL AUTOSERVICIO DEL EMPLEADO (SIRHGA).
PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA SECTOR 2**

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACION DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONCADA PEREZ ANA PILAR. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA
· SANCHEZ SORIA OSCAR. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA
· MORO LARA JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PINA GADEA MARIA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ JULIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR CARBONELL ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la intranet del Sector, en el apartado apoyo a la Asistencia hay un subapartado para AP. Éste está escasamente desarrollado y actualizado. Por otra parte, los profesionales de AP solicitan a menudo información a la Unidad de Clientes, a Farmacia de AP y al Técnico de Salud. Frecuentemente la información requerida está disponible en la Intranet del Sector, pero la ruta de acceso a la misma se desconoce.

Por todo ello consideramos que el acceso a la información para los profesionales de Atención Primaria disponible en la intranet del Sector II constituye una oportunidad de mejora

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general

Facilitar el acceso a la información más frecuentemente requerida por los profesionales de AP mediante la mejora del apartado destinado a AP en la Intranet del Sector II; lo que a su vez repercutirá en una mejora en la atención a los pacientes.

Objetivos específicos

- 1.Revisar, actualizar documentos y agrupar en el apartado de AP la información que actualmente está dispersa en la Intranet del Sector II mediante links.
- 2.Inclusión en dicho apartado documentos que actualmente no están disponibles a los profesionales vía intranet (Tras la aprobación por la Dirección de AP)
- 3.Facilitar el acceso a la información de las acciones formativas para los profesionales de AP previstas para el año 2019.
- 4.Difusión a los EAP del Sector II de los cambios realizados en la información disponible en el apartado de AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión inicial para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada.

Comunicación del proyecto de mejora a la Dirección de AP, y a los EAP del Sector

Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área por los responsables correspondientes.

Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área.

Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de Informática.

Realización de dos reuniones de seguimiento del proyecto.

Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet.

Reunión final para la evaluación de resultados y conclusiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.% de áreas desarrolladas del total de las áreas priorizadas.

Fórmula: Número de áreas desarrolladas/Número de áreas priorizadas x 100

Estándar: 75%

Se considerará área desarrollada aquella que incluya al menos tres enlaces (links y/o documentos nuevos)

2.% de cursos previstos en el plan de formación de AP de nuestro Sector cuya información esté disponible en apartado de AP.

Fórmula: Número de cursos con información disponible en el apartado de AP/Número de cursos previstos en el plan de Formación

Estándar: 75%

Dada la fecha de comienzo del proyecto solo se tendrán en cuenta para la evaluación las acciones formativas previstas desde junio hasta final de 2019.

3.% de EAP a los que se ha comunicado la mejora en el acceso a la información.

Fórmula: Número de EAP a los que se ha comunicado la mejora en el acceso a la información /Número de EAP en el Sector.

Estándar: 100%

Proyecto: 2019_1424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACION DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: mayo 2019

Fecha prevista de finalización: enero 2020

Reunión inicial de los participantes del proyecto de mejora para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada: mayo 2019

Comunicación del proyecto de mejora a DAP, y a los EAP del Sector: mayo 2019

Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área priorizada por los responsables correspondientes: junio-noviembre 2019

Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área: junio-noviembre

Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de

Informática: junio-diciembre 2019

Primera reunión de seguimiento: septiembre 2019

Segunda reunión de seguimiento: noviembre 2019

Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet: diciembre 2019

Reunión final para la evaluación de resultados y las conclusiones. Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE MARIA BELEN PINA GADEA

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro DAP ZARAGOZA 2
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
- LAIN MIRANDA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en Atención Primaria (AP) del Sector Zaragoza II se ha considerado una oportunidad de mejora trabajar la adecuación de la prescripción de antibióticos de amplio espectro. En el Sector Zaragoza II el %DDD de cefalosporinas de tercera generación respecto al total de DDDs de antibióticos es superior a la media de Aragón (Zaragoza II: 2,8%; Aragón 2,1%). Por ello, se ha priorizado la revisión del uso de cefalosporinas de tercera generación en infecciones respiratorias y urinarias según las recomendaciones de la Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Aragón-IRASPROA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilizar a los profesionales de AP del Sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Optimizar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realización al menos dos sesiones formativas con los responsables de antibióticos de los equipos de Atención Primaria del Sector, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
2. Reforzar formación de los profesionales sanitarios, mediante la realización de una sesión formativa en cada equipo para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo de antibióticos.
3. Extracción y análisis de los datos acerca de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación
4. Analizar el consumo global de antibióticos en AP del Sector en el año 2018.
5. Analizar el impacto de las medidas aplicadas en cada equipo en diciembre de 2019.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario con los responsables de antibióticos de los equipos.
 - o Estándar: 2 sesiones con una asistencia del 70%.
- Número de sesiones de difusión e interpretación de los informes de consumo de antibióticos en los EAPs del Sector.
 - o Estándar: 17-21 sesiones
 - o % de EAP en los que se ha realizado el análisis de utilización de cefalosporinas de tercera generación.
 - o Estándar: 100%
 - o Realización del informe de consumo global de antibióticos del Sector.
 - o Estándar: SI
 - o Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
 - Valor 2018: 2,8%
 - Objetivo 2019: =2,5%
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
 - Valor 2018: 56,65 %
 - Objetivo 2019: disminuir 10%

Proyecto: 2019_1318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,23 %
Objetivo 2019: disminuir 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Febrero:

-Análisis de la situación de partida acerca de la utilización de cefalosporinas de tercera generación en el Sector Zaragoza II y comunicación de los resultados a los responsables de antibióticos de los EAPs

-Analizar el consumo de antibióticos en el Sector en el año 2018

-Marzo-Octubre:

-Difusión de las guías de tratamiento antibiótico empírico

- Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

- Realización de una sesión para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo farmacéutico.

-Marzo-Diciembre: Apoyo en la formación y en la obtención de toda aquella información solicitada por los EAPs

9. RECURSOS NECESARIOS.

Este proyecto requiere la coordinación de mucha información y trabajo, y sería necesario contar con profesionales que pudieran dedicar una parte de su tiempo a este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR II

2. RESPONSABLE SERGIO F ANDREU GRACIA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro ESAD ZARAGOZA 2
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ESAD
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MORENO MATEO ROBERTO. MEDICO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• SANZ RECIO JOSE LUIS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• LAUROBA ALAGON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA. TCAE. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• LAPUERTA ALCAZAR CARMEN. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
• VERDU GARCIA MAYTE. MEDICO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En general, los profesionales de Atención Primaria (médicos y Enfermeras, fundamentalmente) reconocen que existe una cierta falta de formación en Cuidados Paliativos.

Este déficit es más notable en cuanto a las Urgencias Domiciliarias en pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado

Los cursos de Cuidados Paliativos desarrollados en nuestro sector cuentan siempre con capítulos destinados a las Urgencias a Domicilios, pero creemos que sería útil elaborar un manual que incluyese protocolos de identificación y actitud a tomar ante los distintos síntomas, signos, demandas de atención, etc, a los que se enfrentan médicos y enfermeras en la asistencia domiciliaria a este tipo de pacientes.

Este manual, que será publicado en INTRANET, debería ser de fácil acceso o consulta para los profesionales, gráficamente agradable (algoritmos, diagramas) e, incluso, con posibilidad de ser impresa y plastificada para la portabilidad en los maletines.

Si el proyecto tiene éxito, esperamos mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, mediante una mayor eficacia de las intervenciones de los profesionales de Atención Domiciliaria; también creemos que resultará una mayor adecuación de las derivaciones a Urgencias, Atención Especializada, y más satisfacción personal de los profesionales de Atención Primaria con su respuesta a los avisos urgentes de estos enfermos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal:

- Realizar un manual, en forma de Protocolos, para que los profesionales de Atención Primaria puedan identificar y tratar, de la forma más adecuada posible, los síntomas y situaciones que se presentan en los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado.

Específicos:

- Identificar los motivos de Demanda de Asistencia Urgente, de los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, más frecuentes y más problemáticos para los profesionales de Atención Primaria.
- Redactar, para cada uno de los síntomas y situaciones identificadas, un protocolo de actuación claro, sencillo y adecuado a las opciones disponibles en nuestro sector
- Presentar el manual, una vez terminado, a los profesionales de Atención primaria, e implementarlo, con las correcciones pertinentes, para su uso en nuestro sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para lograr los objetivos marcados, pensamos desarrollar las siguientes acciones:

- Crear un Grupo de Trabajo que incluya profesionales que trabajan habitualmente en Cuidados Paliativos y Atención Primaria, tanto de Medicina como de Enfermería.
 - Realizar consultas periódicas con otros profesionales de Atención Primaria (Trabajo Social, TCAE, Administrativos, etc) para detectar "puntos fuertes" y "puntos débiles" en este tipo de Atención Domiciliaria.
 - Realizar consultas periódicas con otros niveles asistenciales (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Neumología, Cardiología, Medicina Interna, Servicios de Urgencia 061, etc) para mejorar la calidad del proyecto
- En principio, no esperamos que la realización de este Proyecto suponga una modificación en la Cartera de Servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Dado que se trata de un proyecto a varios años, los indicadores del segundo año y posteriores (si procede) serán variables según las decisiones tomadas en el Grupo de Trabajo y los resultados del primer año.

- Crear un Grupo de Trabajo con profesionales de Medicina y Enfermería, de Equipos de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. (Indicador cualitativo: sí/no)
- Disponer de una red de contactos en Atención Especializada, al menos con aquellos cuyos pacientes son más susceptibles de ingresar en Programas de Cuidados Paliativos. (Indicador cualitativo: sí/no)
- Consensuar los síntomas / Demandas de Asistencia Urgente que precisan de una mayor formación enfocada hacia los profesionales de Atención Primaria (Indicador cualitativo: sí/no)

Proyecto: 2019_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR II

d) Redactar los protocolos de identificación y respuesta ante los síntomas que se consideren de mayor prioridad que serán al menos tres durante el año 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se realizará durante los años 2019 y 2020.

Cronograma previsto:

-Reunión con representantes de Atención Primaria (médico y enfermera) antes de mayo de 2019 y luego comunicación vía mail y reuniones en persona cuando se considere necesario por algunas de las partes.

-Reunión de equipo elaborador del programa de calidad en abril de 2019 y posteriormente mensual a partir de la fecha de la primera reunión.

-Presentación de borradores en septiembre 2019 .

-Redacción final de los textos octubre-noviembre 2019.

-A concretar cronograma para el año 2020 en función de la disponibilidad de los participantes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente paliativo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0623 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CELIACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE YOLANDA MARTINEZ SANTOS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BADIA MARTINEZ MARIA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO
• FERNANDEZ DE LUICO LARUMBE PILAR. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO
• SILVA GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad celíaca (EC) es una patología sistémica de origen autoinmune que afecta la mucosa del intestino delgado en pacientes genéticamente susceptibles y cuyo desencadenante es la ingesta de gluten. Es una enfermedad permanente y crónica que puede comenzar a cualquier edad. Es más frecuente en mujeres que en hombres en una relación 2-3:1. A nivel mundial se calcula que afecta alrededor de 1:100. Sin embargo, debido a la variedad sintomática en adultos, se considera que un porcentaje importante de casos permanece sin diagnosticar. Una vez establecido el diagnóstico, el único tratamiento hasta la actualidad es la exclusión completa y permanente de las proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno (TACC), denominada dieta sin gluten (DSG). No obstante el cumplimiento de la DSG no es fácil de realizar debido a la multitud de productos que contienen esta proteína y a la facilidad de la contaminación de los alimentos. El inicio de la DSG no sólo implica cambios en la alimentación, sino también un cambio a nivel social y de relación con el entorno, por lo tanto impacta directamente sobre la calidad de vida del paciente celíaco y su familia. La EC afecta a toda las dimensiones de la vida de las personas que la padecen, interactuando factores como el diagnóstico precoz, disponibilidad de productos sin gluten, etiquetado, información sobre la enfermedad y la dieta sin gluten y apoyo psicosocial. productos sin gluten, etiquetado, información sobre la enfermedad y la dieta sin gluten.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Eliminar la sintomatología y normalizar los niveles analíticos y nutricionales del paciente.
- Aportar los conocimientos y habilidades necesarias, ayudando al paciente y a su familia, a adaptarse con éxito a la dieta sin gluten.
- Eliminar la ansiedad del paciente celíaco que se enfrenta con el entorno, proceso y déficit de conocimientos.
- Mejorar la atención socio-sanitaria al paciente celíaco.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar una Guía útil para los pacientes celíacos, con información de interés sobre el gluten, dónde se encuentra y cómo evitar la contaminación cruzada.
- Ofrecer a todos los pacientes, que en la consulta médica de aparato digestivo sean diagnosticados por primera vez de Enfermedad Celíaca, o siendo ya celíacos, no se objetive mejoría clínica o sintomática, la posibilidad de acudir a la Consulta de Enfermería del paciente celíaco y seguimiento posterior.
- Creación de una base de datos de los pacientes celíacos diagnosticados en nuestro hospital.
- La consulta consistirá:
 - ? Valorar los conocimientos que el paciente tiene sobre la EC y la DSG
 - ? Aportar los conocimientos y habilidades para cumplir correctamente y con seguridad la DSG, tanto en el domicilio como fuera de este.
 - ? Entregar la Guía útil para el paciente celíaco del HGDZ.
 - ? Disminuir la ansiedad relacionado con la seguridad de la realización de una correcta DSG.
 - Valorar la eficacia de la Educación sanitaria y la satisfacción de los usuarios de la misma. (Encuesta de calidad de vida)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes diagnosticados de EC en la consulta de digestivo del HGDZ, tengan una adecuada información sobre la DSG, acudiendo a la Consulta de Enfermería del paciente celíaco.
- Porcentaje pacientes celíacos con mal control que normalicen sus valores analíticos y desaparezca su sintomatología, tras Consulta de Enfermería.
- Realización de una encuesta de calidad de vida óptima, adaptándose a las características de la DSG, sin que aparezcan manifestaciones de ansiedad.
- Conseguir que los pacientes que acudan a la Consulta de Enfermería del paciente celíaco, valoren positivamente la atención socio-sanitaria de su enfermedad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio mayo 2019 y fecha fin mayo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0623 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CELIACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE FARMACOS ANTITROMBOTICOS EN UNIDADES DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARIA BADIA MARTINEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SILVA GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO
 - ANORO ABENOZA LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
 - GOMEZ GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
 - MARTINEZ SANTOS YOLANDA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO
 - FERNANDEZ DE LUCO LARUMBE PILAR. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los fármacos antitrombóticos (anticoagulantes y antiagregantes) han experimentado un importante incremento de su uso en los últimos años, derivado de los conocimientos sobre el riesgo cardiovascular. Por ello, es cada vez más frecuente encontrarnos con pacientes con estos tratamientos a los que hay que realizar procedimientos endoscópicos. Para el manejo de estos fármacos es esencial conocer su farmacología, sus indicaciones y el riesgo de los procedimientos endoscópicos para poder tomar decisiones correctas. Hemos elaborado un protocolo hospitalario para el manejo de los fármacos antitrombóticos en unidades de Endoscopia del Hospital General de la Defensa de Zaragoza (HGDZ).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Difusión del protocolo de manejo de los fármacos antitrombóticos elaborado conjuntamente con los Servicios de Neurología, Digestivo, Cardiología, Neumología y Hematología del HGDZ.
- Estratificar el riesgo trombótico y hemorrágico del paciente.
- Seguimiento del algoritmo de retirada y reintroducción de los fármacos antitrombóticos en unidades de endoscopia.
- Unificar criterios de actuación a nivel hospitalario.
- Mejorar la atención sanitaria al paciente que va a ser sometido a procedimientos endoscópicos en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Presentación de la actualización del protocolo de fármacos antitrombóticos en el HGDZ.
- Impresión del algoritmo final de manejo de los fármacos antitrombóticos para difundirlo en las unidades de endoscopia del HGDZ.
- Crear una infografía para el paciente que contenga información clara y detallada sobre la retirada y reintroducción del tratamiento antitrombótico.
- Crear una base de datos Excel que contenga toda la información de los pacientes.
- Valorar la eficacia y seguimiento del mismo a lo largo de un año.
- Indicar las posibles incidencias que puedan derivarse del uso del protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento antitrombótico sometidos a procedimientos endoscópicos .
- Porcentaje de complicaciones por paciente derivadas de la retirada de los fármacos.
- Porcentaje de complicaciones por paciente derivadas de la reintroducción de los fármacos tras procedimiento endoscópico terapéutico.
- Medir la satisfacción del paciente con las indicaciones de manejo de los fármacos antitrombóticos en estas situaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio Mayo 2019 y fecha fin mayo 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE FARMACOSA ANTITROMBOTICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0941 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

2. RESPONSABLE LIRIA GRACIA CUADRADO
- Profesión TCAE
 - Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MORALES IGLESIAS MARIA JOSE. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - CABEZON SAN JUAN MARIA VIRGINIA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - SANCHEZ PRADO MARIA DEL PERPETUO SOCORRO. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - LATORRE GRACIA SONIA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - GARCIA FERNANDEZ LORENA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - VILLABONA JIMENEZ MARIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
 - DE VAL LAFAJA ALODIA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto VIVIFRAIL es un programa gratuito educacional de ejercicio multicomponente centrado en el tratamiento de la fragilidad a través de la prescripción de ejercicio físico de forma individualizada. El concepto de salud en personas mayores debe medirse en términos de función y no sólo por la suma de diferentes patologías. La fragilidad es un síndrome geriátrico que ocurre durante el envejecimiento y se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica ante una situación de estrés. Se relaciona estrechamente con la sarcopenia o pérdida de masa muscular relacionada con la inmovilidad. La prevalencia de fragilidad en mayores de 65 años no institucionalizados en España puede llegar al 21%. Conlleva peores resultados clínicos, mayor morbilidad y mayor discapacidad. Ejercicios físicos que mejoren la fuerza, el equilibrio, y la coordinación repercutirán de una forma positiva en su grado de autonomía. Su grado de funcionalidad va a condicionar la expectativa y calidad de vida posteriores al ingreso. Los estudios consultados revelan que la prescripción de ejercicio físico debe adaptarse cuidadosamente a cada individuo para proporcionar un estímulo suficiente que mejore la capacidad funcional de los sujetos frágiles, mejorando así su situación de vulnerabilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal:

Incluir a los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en programa Vivifrail en el momento en el que se encuentren estabilizados (lo prescribirá el médico que tengan asignado).

Objetivos secundarios:

- formación del personal sanitario y los cuidadores capacitados para la realización de los ejercicios del programa a través de charlas y folletos informativos.
- Disminución del riesgo de caídas.
- Disminución de la fragilidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Más de dos charlas informativas al año para la formación y divulgación diaria de los ejercicios físicos recomendados según el perfil del paciente en el momento en el que se autorice la realización de los mismos:

- A: con limitación grave de la movilidad, discapacitado, con riesgo de caídas.
- B: con limitación moderada de la movilidad, frágil, con/sin riesgo de caídas.
- C: con limitación leve de la movilidad, prefrágil, con/sin riesgo de caídas.
- D: sin limitación de la movilidad (SPPB 10-12, Vel. Marcha (6M.): > 1 m./seg.)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores:

- Folletos facilitados x 100 / N° de pacientes ingresados > 80%
- Pacientes del grupo A atendidos / N° de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo B atendidos / N° de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo C atendidos / N° de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo D atendidos / N° de pacientes ingresados

Evaluación anual del grado de cumplimiento de los ejercicios pautados durante el ingreso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Del uno de abril de 2019 al uno de abril de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Folletos descargables del programa Vivifrail.

Proyecto: 2019_0941 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

10. OBSERVACIONES.

El personal sanitario que entre en contacto con el paciente y sus cuidadores, recordará la realización de los ejercicios pautados a diario a partir del momento en el que se prescriba el inicio de los mismos. Los ejercicios vienen pautados con número de series y repeticiones aconsejadas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías agudas que motivan ingreso en Unidad Geriátrica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1511 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS

2. RESPONSABLE LAURA PERPIÑAN SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEZA PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· VILLAR SAN PIO TERESA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· MARIUTANU TAMARA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· LAHOZ DE TORRES SUSANA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· SORO RAMIA MARIA DE LA LUZ. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· PORRES BLANCO ELENA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Convertirse en cuidador supone la aparición, en muchos casos, de sobrecarga, que puede acrecentarse por la falta de información y/o apoyo que en ocasiones sufren los cuidadores principales. La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionada por varios factores, entre los que se encuentran los elementos mediadores (soporte formal e informal). Para reducir su sobrecarga y mejorar su salud, resulta beneficioso ofrecerles un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

Las características de nuestra unidad en cuanto a edad, nivel de dependencia y presencia de cuidadores, nos han permitido detectar la necesidad de ofrecer dicho apoyo para paliar el nivel de sobrecarga y las carestías de formación.

El ofrecer un programa de apoyo basado en talleres participativos nos permitirá mejorar la calidad de vida de cuidadores y cuidados, formar sobre las necesidades de salud y disminuir la demanda de asistencia de ambos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar habilidades y técnicas del cuidador
2. Disminuir la sobrecarga del cuidador
3. Demostrar que el cuidador es capaz de:
 - a. Mantener la integridad cutánea
 - b. Realizar movilizaciones y transferencias sin riesgo de lesión para él o el paciente
 - c. Satisfacer las necesidades nutricionales de manera segura
 - d. Prevenir caídas
 - e. Entender los trastornos conductuales asociados a la demencia
4. Reducir las necesidades asistenciales de cuidador y paciente derivadas de la falta de apoyo a la que se enfrentan

POBLACIÓN DIANA

Cuidadores de pacientes geriátricos y/o dependientes ingresados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Colocación de carteles informativos con la programación de los talleres en el hospital y en las consultas de Geriatria para fomentar la asistencia
2. Información a pacientes, familia y cuidadores de la existencia de los talleres y entrega del tríptico informativo al ingreso. Dada la valoración integral de todos los pacientes de la unidad se hará especial hincapié en las necesidades detectadas (LPP, dificultad de movilización, disfagia, demencia...)
3. Puesta en marcha de las aulas:
 - a. Cuidado e higiene de la piel
 - b. Movilizaciones y transferencias
 - c. Nutrición en el anciano
 - d. Prevención de caídas
 - e. Trastornos conductuales asociados a la demencia
4. Semanalmente se impartirá un taller de 30 minutos de duración preparado y presentado por el personal sanitario de la unidad: facultativos, enfermeras y TCAEs. En dichas charlas se valorarán los conocimientos previos sobre las necesidades de salud de los pacientes y la sobrecarga del cuidador. Al finalizar se evaluarán los conocimientos adquiridos sobre el tema de tratado, fomentando la participación en los talleres de temas referidos a las necesidades detectadas. Se completarán cuatro encuestas:
 - a. Zarit
 - b. Inicial de conocimientos
 - c. Final de conocimientos
 - d. Satisfacción
5. Una vez al mes (tras el taller 4) se realizará una reunión de equipo donde se valorarán las necesidades detectadas y las propuestas realizadas por los cuidadores, de manera que el tema de la sexta semana pueda ser modificado a demanda
6. Tras el taller 6 se realizará una reunión de equipo para valorar el grado de satisfacción alcanzado hasta el momento, permitiendo mejorar y ampliar los talleres

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Nivel de participación, dado el interés mostrado en la unidad se busca alcanzar un grado de participación

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1511 (Acuerdos de Gestión)**

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS

- que supere el 40% de ocupación en la unidad
2. Test de Zarit antes de la sesión formativa. Se realizará de nuevo telefónicamente (unido a otro proyecto de calidad de la planta) la semana posterior al alta del paciente. Se contrastarán estadísticamente los resultados.
 3. Test para valorar los conocimientos del cuidador antes de la sesión sobre todos los temas abordados en los talleres. Se contrastarán estadísticamente los datos
 4. Test de valoración final de conocimientos específico para cada taller, relacionado con:
 - a. El cuidado de la piel
 - b. Movilizaciones y transferencias
 - c. Patrón nutricional
 - d. Prevención de caídas
 - e. Trastornos conductuales asociados a demencia

Se busca alcanzar una mejora de conocimientos en cada uno de los campos tras cada taller de, al menos, un punto y conseguir niveles de error inferiores a uno. Se contrastarán estadísticamente los resultados

5. Para valorar la estructura y el proceso se realizará una encuesta de satisfacción del usuario. Se contrastarán estadísticamente los resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: abril/2019

Finalización: mayo/2020

Calendario:

- ? Colocación de carteles informativos: abril 2019
- ? Adecuación del espacio donde se vaya a desarrollar la actividad: marzo/abril 2019
- ? Aporte de información y trípticos: continua
- ? Desarrollo de las sesiones: abril 2019-mayo 2020
- ? Evaluación y tratamiento estadístico de los datos: continuo durante el proyecto y final en mayo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

- ? Aula para la realización de los talleres
- ? Material impreso: trípticos y carteles
- ? Soporte informático: aportado por el personal

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sobrecarga del cuidador de pacientes ancianos y/o dependientes
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR RODERO ROLDAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ASO VIZAN ALBERTO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SEVILLA TIRADO JUAN JOSE. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BRUSCAS ALIJARDE MARIA JESUS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Situación actual: se acaba de implementar la valoración de pacientes que ingresan por encima de 80 años por fractura de cadera osteoporótica por parte del Servicio de Geriatria. La media de ingresos por esta causa son 2/semana, pero de momento no se ha implementado ningún programa específico de tratamiento de la anemia y la ferropenia en estos pacientes. La anemia en estos pacientes de forma prequirúrgica alcanza el 40% (según las series). Sin embargo, se ha demostrado la mejoría del pronóstico vital cuando se trata previamente a la cirugía la anemia y la ferropenia en pacientes por encima de 60 años, disminuyendo la estancia, la mortalidad y las complicaciones intrahospitalarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Detección de la anemia preoperatoria
- Detección de ferropenia, déficit de B12 y ácido fólico.
- Valoración de la posible implicación de enfermedad renal crónica en la anemia
- Tratamiento de la anemia y los posibles déficits (hierro, B12, folato) de forma preoperatoria y postoperatoria según un protocolo estandarizado
- Ahorro de las transfusiones de concentrados de hematíes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Difusión del plan de intervención al personal sanitario de los Servicios implicados mediante sesión clínica
- Comunicación del protocolo por escrito
- Valoración de la situación de los pacientes al ingreso y durante su estancia por parte del Servicio de Medicina Interna y Geriatria, según el caso
- Recursos necesarios:
 - material y tratamiento accesible y habitual del hospital, con uso de las analíticas convencionales
 - aplicación del tratamiento necesario según el caso: ferropatía endovenosa (Ferinject), vitamina B12 intramuscular (Optovite B12), ácido fólico (Acfol), eritropoyetina recombinante humana (Binocrit)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Indicadores: 1) número de pacientes incluidos en el proyecto a los que se les ha aplicado alguna terapia vs pacientes no incluidos pero susceptibles de tratamiento. 2) valoración del ahorro de transfusión de concentrados de hematíes en estos pacientes. 3) valoración de la correcta aplicación del protocolo.
- Fuente de datos: 1) datos del servicio de estadística. 2) datos del servicio de farmacia y hematología 3) elaboración de un cuaderno de actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de la actividad no está limitada, el objetivo es una colaboración entre servicios que se convierta en una dinámica de trabajo para una labor asistencial integral.

Actividades relacionadas con el proyecto:

- 1) sesión hospitalaria de introducción: 27/3/2019
- 2) elaboración de un protocolo de actuación: abril-mayo 2019
- 3) difusión del protocolo e inicio de su aplicación: junio 2019
- 4) finalización del proyecto: no prevista.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Como ya he mencionado arriba, la actividad será realizada por los profesionales dentro de su jornada laboral habitual haciendo uso de los recursos del hospital cuando así esté indicado (según la evidencia científica)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE LETICIA ROYO TRALLERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODERO ROLDAN MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
· BARRIL VICENTE RAFAEL. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MARIN GRACIA ESPERANZA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. URGENCIAS
· VELA PALMER ROSANA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. URGENCIAS
· MARTINEZ CRESPO PAULA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. HOSPITALIZACION
· CIREZ TAMBO NATALIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. HOSPITALIZACION
· BAÑON GUTIERREZ SONIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. HOSPITALIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes, mellitus es una patología directamente asociada con el ingreso hospitalario en muchas ocasiones, pero la realidad es que es una patología que se descompensa en la mayor parte de los pacientes ingresados en los servicios médicos por el estrés de las patologías, el ayuno (pacientes quirúrgicos o con procesos digestivos sobre todo) o directamente por los tratamientos administrados (fundamentalmente corticoides, fluidoterapias). Hasta el momento, el manejo de esta situación depende de cada especialista, pero no hay un protocolo estandarizado de tratamiento, y sólo se consulta con el especialista de Endocrino en situaciones concretas. De esta manera, se ha detectado por parte de enfermería un deficiente control de la patología, por lo que se propone el presente proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos:

- Prevención de las alteraciones glucémicas en los pacientes que ingresen mediante la aplicación del protocolo
- Manejo de las descompensaciones glucémicas mediante la aplicación del protocolo
- Manejo particular del paciente diabético en situaciones concretas como: ayuno, corticoterapia, intervenciones...

Población diana: todo paciente que ingrese desde la urgencia o por traslado en los servicios médicos, o bien aquellos de los servicios quirúrgicos de los que se haga interconsulta.

Servicios implicados: Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Cardiología, Digestivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Acciones previstas y plan de comunicación:

- Desarrollo de un plan de acción protocolizado y elaboración de protocolos "de bolsillo": abril- mayo 2019.
- Difusión del protocolo:
- sesión clínica en el Servicio de Urgencias mayo 2019.
- Sesión clínica hospitalaria: Junio 2019.
- Sesión clínica de resultados: mayo 2019
- Inicio de la aplicación del protocolo: Junio 2019.
- Evaluación de la aplicación: continúa, mediante reuniones con los diferentes miembros del equipo y monitorización de las acciones.

Recursos previstos:

- Número de reuniones: inicialmente mensual, posteriormente bimensual o con la periodicidad que marque la dinámica y necesidades del protocolo.
- Recursos materiales:
- uso de material de oficina del hospital para impresión de los protocolos (valor económico despreciable, estimamos la impresión de 60 panfletos de tamaño A4), y uso de las instalaciones del centro para las reuniones y sesiones (coste económico nulo).
- Aplicación de los tratamientos de la diabetes según guías clínicas y la evidencia científica (recurso habitual de la farmacia hospitalaria)
- Cambios en la oferta de servicios: mejora de la asistencia clínica con una probable menor estancia clínica en determinados pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores para monitorizar el proyecto:

- Pacientes en los que se aplica el protocolo/ingresados con DM2 en servicios médicos.
- Monitorización de estancias medias y número de bombas de insulina iniciadas.
- Número de reuniones del grupo de trabajo.

Fuente de datos:

- Servicio de estadística del hospital
- Información aportada por los miembros del grupo.

Estándar: tratamiento según protocolo de al menos el 70% de los pacientes susceptibles de ser incluidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Inicio de la aplicación: Junio 2019.

Duración de la actividad: inicialmente 1 año, prorrogable.

Actividades relacionadas con el proyecto: señaladas en el punto 6.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios del proyecto son el tiempo del personal implicado y en cuanto al material será el propio del hospital aplicado según la evidencia científica. No se prevee consumo de recursos fuera de guía o tangibles para el hospital.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0562 (Acuerdos de Gestión)

DETERMINACION DE LA FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

2. RESPONSABLE LAURA ANORO ABENOZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
· SANZ ABOS BEATRIZ. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
· MARTINEZ BADIA MARIA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La medición de la fracción espirada de óxido nítrico (FeNO), ha permitido cuantificar indirectamente, de forma rápida y sencilla la magnitud de la inflamación de la vía aérea en el asma bronquial. La sencillez de esta técnica la ha convertido en una herramienta útil en el diagnóstico, control y evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes con asma bronquial. Además, mediante la medición de la fracción espirada de óxido nítrico se pueden prevenir agudizaciones debido a que permite detectar y tratar de forma inmediata los incrementos de la actividad inflamatoria, lo que supone gran utilidad clínica sobre todo en los pacientes con graves mal controlados. En nuestro centro esta prueba diagnóstica no podía realizarse, dado que no se disponía del aparato y material adecuados, y los pacientes debían ser remitidos al Hospital Miguel Servet o al Servicio de Alergología con incrementando la demora produciendo sobrecarga asistencial de estos servicios. Desde 2018 contamos en nuestro centro con un detector de la fracción de óxido nítrico exhalado (Niox Vero), cedido a raíz de la participación de un proyecto de investigación internacional aprobado por nuestro centro y en el que nuestro servicio ha participado, por lo que disponemos de esta técnica en nuestro servicio y de personal de enfermería entrenado para su correcta realización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. REALIZAR MEDICIÓN DE LA FRACCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADA EN PACIENTES CON DUDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE ASMA BRONQUIAL.
2. REALIZAR MEDICIÓN DE LA FRACCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y AGUDIZACIONES FRECUENTES PARA INTENTAR PREVENIRLAS MEDIANTE AJUSTE DEL TRATAMIENTO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE LA FRACCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO MEDIANTE DISPOSITIVO NIOX VERO.
- INDICACIÓN POR PARTE DE LOS FACULTATIVOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA CUANDO EXISTEN DUDAS DIAGNÓSTICAS A PESAR DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL EN LA PRIEMERA (ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA Y REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA CON PRUEBA BRONCODILATADORA).
- INDICACIÓN POR PARTE DE LOS FACULTATIVOS DE LA DETERMINACIÓN DE OXÍGENO NÍTRICO EXHALADO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE CON AGUDIZACIONES FRECUENTES, PARA EN FUNCIÓN DE RESULTADOS DE ESTA PRUEBA AJUSTAR TRATAMIENTO Y MEJORAR EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.
- USO DE LOS DATOS OBTENIDOS PARA FUTUROS PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de determinaciones de FeNO realizadas.
Número de diagnósticos de certeza de asma bronquial alcanzados.
Número de pacientes con asma grave en los que, tras realizar la determinación de la FeNO, se modifica el tratamiento para evitar agudizaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Personal de enfermería ya formado y entrenado en la técnica en el momento de inicio del proyecto.
Fecha prevista de inicio: 1 Abril 2019, con continuidad posterior prevista indefinida.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Aparataje: Niox Vero (cedido de forma gratuita por Astra Zéneca, Estudio Novelty en el que participa nuestro centro).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0562 (Acuerdos de Gestión)

DETERMINACION DE LA FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0909 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL CONOCIMIENTO DE LA EPOC MEJORA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE CRISTINA GOMEZ GONZALEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ ABOS BEATRIZ. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
- ANORO ABENOZA LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
- HERRERO BARBA ANDREA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
- LOZANO CARTAGENA DARIO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
- GIMENEZ PORTERO MARIA DE LA SIERRA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El desconocimiento de la EPOC afecta a la pobre adherencia al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Dar a conocer la EPOC y sus complicaciones a los pacientes que la padecen
2. Aumentar la adherencia al tratamiento en los pacientes con EPOC.
3. Corregir los errores en la terapia inhalatoria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Visita médica cuestionario sobre el conocimiento de la enfermedad. Cuestionario de adherencia al tratamiento de la terapia inhalatoria (TAI). Divulgar conocimientos básicos sobre la enfermedad.
2. Visita médica correspondiente sucesiva. Cuestionario de adherencia al tratamiento (TAI).
3. Consulta enfermería de manejo de inhaladores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Comparar la adherencia al tratamiento antes y después de la divulgación de los conocimientos sobre la EPOC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2 años (2019-2021)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cuestionarios pertinentes.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE LUCIA GALLEGO LIGORIT
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• HERRERO TRAVER MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• HERNANDO VELA MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• GUTIERREZ IBAÑES PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
• VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la mayoría de procedimientos quirúrgicos se están poniendo en marcha procesos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Es por ello, que vemos la necesidad de implementarlo en el manejo del paciente sometido a cirugía cardíaca. Con ello, se conseguiría mejorar las condiciones de llegada y salida de los pacientes, acortando su estancia hospitalaria y disminuyendo la necesidad de recursos económicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se pretende mejorar las condiciones de salud de los pacientes sometidos a procedimientos de cirugía cardíaca, desde la indicación de la cirugía, hasta su recuperación, acortando tiempos de estancia en UCI y hospitalaria, sin modificar la morbimortalidad o, en su caso, disminuyéndola. Además, con esto se conseguiría disminuir los costes de todo el proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para lo anterior, se necesita una comunicación con los servicios de cirugía cardíaca y UCI postcardíaca. También, con el servicio de cardiología. Sería necesaria la puesta en marcha de un proceso de prehabilitación del paciente (dieta, deporte, optimización de la medicación, etc), una preparación preoperatoria óptima y un manejo intraoperatorio y postoperatorio específico para un grupo seleccionado de pacientes sometidos a cirugía cardíaca (aquellos de menor riesgo y procedimientos menos complejos). Es necesaria la comunicación y la transversalización del proceso, mediante reuniones, con una frecuencia aproximada de 1 cada 2 meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores posibles serían:
Porcentaje de pacientes a los que les es aplicable un protocolo ERAS (estándar 60%).
Porcentaje de esos pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo (estándar, 80%).
Tiempo hasta extubación en UCI (estándar, 3 horas).
Porcentaje de reintervención (estándar, 5%).
Tiempo de estancia en UCI (estándar, 36 horas).
Porcentaje de Reingreso en UCI (estándar, 10%)
Tiempo de estancia Hospitalaria (estándar, 10 días)
Complicaciones a los 7 días (estándar, 10%) y a los 30 días (estándar, 10%).
Mortalidad a los 30 días (estándar, 4%).

La fuente de datos sería la HCE, la intranet, la HC de UCI postcardíaca.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La fecha de inicio del proyecto sería marzo de 2019. La implementación completa del mismo, se estimaría a junio de 2020. Se establecen reuniones, cada dos meses. Revisión de bibliografía (hasta junio de 2019). Redacción de protocolo tras consenso (hasta diciembre de 2019) y puesta en marcha del mismo (enero de 2020). Recogida de indicadores (tras la puesta en marcha, trimestrales).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Además de los recursos humanos mencionados, sería necesario un programa de gestión intra y postoperatorio, además de la historia clínica electrónica adaptada al preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, compatible con los programas informáticos utilizados en la actualidad.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0107 (Acuerdos de Gestión)

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0437 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CHUECA MATA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASTILLO AZNAR JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· DELSO GIL ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El control adecuado del dolor postoperatorio es un punto clave para los criterios de alta de la CMA pediátrica. De no conseguirse, puede ser preciso ingresar en el hospital al paciente para el control del dolor. Esto supone un fracaso del circuito de CMA, que se traduce en mayor alteración de la rutina familiar y en un aumento de los costes del proceso.

La protocolización de la analgesia postoperatoria para CMA disminuye la variabilidad asociada a la práctica clínica, optimizando los resultados clínicos y el uso de los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Disminuir la variabilidad asociada a la práctica clínica.
-Estandarizar el tratamiento del dolor postoperatorio pediátrico en CMA, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Anestesiología Pediátrica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Crear un grupo de trabajo formado por las secciones/unidades del H. Infantil implicadas: Anestesiología y Servicios quirúrgicos (Cirugía Pediátrica, ORL, COMF y COT).
-Unificar los criterios de analgesia postoperatoria para CMA pediátrica.
-Redacción e implementación de los protocolos de analgesia para la CMA realizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Porcentaje de pacientes con mal control del dolor postoperatorio en CMA (EVA o escala equivalente = 2).
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los según su intervención y otros 50 pacientes comparables después de las modificaciones realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se estima una duración de 12 meses.
-Marzo-abril de 2019: Redacción de los protocolos analgésicos.
-Mayo-junio de 2019: Aprobación de los protocolos.
-Septiembre-octubre de 2019: Implantación de los protocolos.
-Enero-febrero de 2020: Análisis de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Redacción, aprobación y publicación del protocolo en la intranet

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor postoperatorio en CMA pediátrica
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE JORGE VALLES TORRES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FAÑANAS MASTRAL JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
• LOPEZ GOMEZ CONEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• GUTIERREZ IBAÑES PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
• BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
• MANCIBON SIERRA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
• LIRIA JIMENEZ BEA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y coste en cirugía cardiovascular. Los principales patógenos responsables son *Staphylococcus aureus* (SA), tanto *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (SARM) como de *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina (SASM). El origen de la infección suele tener una procedencia endógena en pacientes portadores. La colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes en pacientes de cirugía cardiovascular se asocia con mayores tasas de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en general y específicamente infección del sitio quirúrgico (ISQ), aumento de estancias, mayor mortalidad y mayores costes (1,2).

Los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular tienen una mayor probabilidad de colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes y son más vulnerables al desarrollo de complicaciones postoperatorias. En este tipo de pacientes es necesario realizar un cribado preoperatorio para detectar el estado de portador y poder aplicar las medidas preventivas, tratamiento de descolonización y profilaxis de forma precoz en el momento del ingreso hospitalario (3,4).

1. Saraswat MK, Magruder JT, Crawford TC, et al: Preoperative *Staphylococcus Aureus* Screening and Targeted Decolonization in Cardiac Surgery. *Ann. Thorac. Surg.* 2017;104:1349-56.
2. Walsh EE, Greene L, Kirshner R: Sustained Reduction in Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Wound Infections After Cardiothoracic Surgery. *Arch. Intern. Med.* 2010;171:68-73.
3. Malani PJ. Bundled Approaches for Surgical Site Infection Prevention. *The Continuing Quest to Get to Zero.* *JAMA* 2015; 313 (21).1.
4. Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler, Dellinger EP, Greene L, Nyquist AC, Saiman L, Yokoe DS, Maragakis LL, Kaye KS. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 June ; 35(6): 605-627.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario Miguel Servet atiende a pacientes provenientes de todos los sectores sanitarios de Aragón, lo cual precisa de una adecuada coordinación de los diferentes servicios y centros sanitarios para realizar un correcto cribado antes del ingreso programado del paciente. Además, la importante proporción de pacientes intervenidos de forma preferente durante un ingreso hospitalario urgente requiere una detección precoz de los portadores.

Con el desarrollo del proyecto se pretende que todos los pacientes adultos intervenidos de cirugía cardíaca mayor tengan realizado correctamente el cribado preoperatorio de gérmenes multirresistentes para poder adoptar las medidas oportunas en cuanto a descolonización y profilaxis antibiótica preoperatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones periódicas con representantes de los profesionales implicados: Servicio de Anestesiología, Servicio de Cirugía Cardiovascular, Servicio de Medicina Intensiva, Servicio de Microbiología, Servicio de Medicina Preventiva, Enfermería.

- Análisis de situación y puntos conflictivos a la hora de realizar el cribado preoperatorio.
- Evaluación de las diferentes pruebas disponibles para la detección de SARM y otros gérmenes multirresistentes.
- Evaluación de las medidas de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Elaboración de protocolo para la realización del cribado, teniendo en cuenta a pacientes de todo Aragón, y también a los pacientes que se intervienen de forma urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realización prueba del cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con prueba de cribado solicitada en los 7 días previos a la intervención quirúrgica. Estándar: 85%.
- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con resultado de prueba de cribado disponible antes de la intervención quirúrgica. Estándar: 75%.
- Adecuación de la profilaxis antibiótica
- Porcentaje de pacientes en los que se realiza profilaxis adecuada al protocolo. Estándar: 95%.
- Fuente de datos: historia clínica de los pacientes.

Proyecto: 2019_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reuniones, análisis de situación, evaluación de los medios disponibles, evaluación de las medidas a aplicar y elaboración de protocolo. 1-3 meses.
 - Aplicación del protocolo. Información y comunicación a todos los profesionales implicados. Evaluación de su funcionamiento. Medidas correctoras. 2-4 meses.
 - Obtención de indicadores y evaluación. 6-12 meses.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- No se requiere de recursos especiales para su desarrollo.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

2. RESPONSABLE MARIA PUERTOLAS ORTEGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SORIANO GIL ZORAIDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE TRANSFORMACION E INNOVACION
· JIMENEZ BEA LIRIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BARRADO GIL PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COTERA USUA IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUBIO GARCIA BORJA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLINOS ARRUEBO IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los Sistemas generales de Gestión mejoran la organización del trabajo y la metodología, estandarizan procesos y establecen bases para la mejora continua. Por esta razón, la adopción paulatina de Sistema de Gestión de la Calidad basados en la Norma internacional ISO 9000, en los Servicios del Hospital Universitario Miguel Servet, ha sido una decisión estratégica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En el tercer trimestre de 2018, el Servicio de Anestesia Cardiotorácica ha comenzado un proyecto de implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, con el objetivo de eliminar la variabilidad en la práctica anestésica mediante la unificación de procedimientos, criterios y pautas de actuación, establecer una definición clara de las responsabilidades, enfocarse al paciente y a la mejora continua, gestionar por procesos a través de indicadores, minimizar los errores y asegurar la cualificación y la capacitación del personal sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Fases:

-Diagnóstico inicial de la situación analizando en detalle las instalaciones, actividades, organigrama, funciones de cada miembro del personal, y cómo sus actividades influyen en el resto de la organización, con el fin de establecer el grado de adecuación del servicio a los requisitos de la Norma de referencia.
-Elaboración de la documentación que sistematiza cada uno de los procesos. La documentación se elaborará en forma de fichas de proceso, procedimientos, instrucciones técnicas y formatos para tomar registro de las actividades.
-Implantación de cada uno de los documentos, difusión de los mismos y seguimiento.
-Revisión sistemática del Sistema de Calidad mediante auditoría interna.
Por último, se realizará la auditoría de tercera parte.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de pacientes a los que se realiza la evaluación preanestésica según Ficha Procedimiento Evaluación preoperatoria / Número de pacientes evaluados preoperatoriamente (estándar 100%)
-Número de pacientes a los que falta alguna prueba necesaria para Evaluación preoperatoria (según instrucción técnica correspondiente)/Número total de pacientes que acuden a la consulta (estándar <5%)
-Número de pacientes con Evaluación preoperatoria y Consentimiento informado debidamente cumplimentados / Número de pacientes total que van a ser intervenidos en Unidad Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 100%)
-Número de Check List quirúrgico rellenado / Número total de pacientes que va a quirófano de Anestesia Cardiotorácica (estándar 100%)
-Número de pacientes debidamente preparados al llegar a quirófano (según instrucción técnica correspondiente) /Número total de pacientes que van a ser intervenidos en Unidad de Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 98%)
-Número de especialistas de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica que conocen las fichas de procedimiento / Número de especialistas de la Unidad (estándar 100%)
-Número de personas de personal de enfermería que conoce la implantación de este Sistema de Gestión de Calidad /Número de personas de personal de enfermería implicada con la Unidad de Anestesia Cardiotorácica (estándar 100%)
Fuentes de datos: Historia Clínica Electrónica, Historia Clínica en papel, Intranet, Formularios correspondientes creados por la Unidad, Encuestas asociadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En este momento, tras la formación del personal para ello, disponemos de un borrador de mapa de procesos y se ha elaborado una buena parte de la documentación de los procesos operativos.

Fecha Inicio: Septiembre 2018

Fecha Finalización Fichas Procedimientos e Instrucciones Técnicas: Septiembre 2019

Proyecto: 2019_0531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA
CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO**

Fecha Implantación Documentación: comienzo desde febrero 2019

Auditoría interna: Febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo asignado para el personal implicado, tanto facultativos como enfermería: mañana de formación para personal de enfermería, periodos de dedicación a preparación de instrucciones técnicas, tiempo asignado a la enfermera de la consulta como gestora de pacientes (media mañana a la semana)

Recursos necesarios para implantación de Historia clínica electrónica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que son anestesiados por la Unidad de Anestesia Cardiorácica.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0568 (Acuerdos de Gestión)

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

2. RESPONSABLE MARIA ELENA TARANCON ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROVIRA FLORES EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEÑA DE BUEN NATALIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASADO MERODIO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONED NAVARRO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RAMOS MORENO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTIN ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BORQUE MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la valoración preanestésica, generalmente se solicitan una serie de exámenes "de rutina" (analítica, ECG y Rx tórax) a todos los pacientes, sin tener en cuenta antecedentes médico-quirúrgicos o tipo de intervención.

Las recomendaciones de "no hacer" y las nuevas guías de las sociedades de nuestra especialidad se centran en la optimización del examen preoperatorio y la realización de pruebas complementarias basadas en las características de los pacientes y el tipo de intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir el número de exploraciones complementarias de rutina solicitadas a las pacientes que van a ser sometidas a cirugía gineco-obstétrica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Valorar, en función de los antecedentes médico-quirúrgicos de las pacientes y de las características del procedimiento a realizar, las pruebas preoperatorias necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no está demostrada.

* Revisión de la bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia

* Elaboración de nuevos protocolos de valoración preoperatoria

* Reunión con los servicios quirúrgicos implicados (ginecología, obstetricia, FIV) para conseguir su colaboración en la solicitud de las pruebas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Determinación del nº de "pruebas no solicitadas" en comparación con el período anterior a la aplicación del nuevo protocolo

* Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias que NO deberían haberse solicitado

* Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

* Revisión bibliográfica: 3 meses

* Elaboración del nuevo protocolo: 3 meses

* Puesta en común con los servicios quirúrgicos implicados

* Periodo de prueba: 6 meses

* Evaluación de resultados, revisión y corrección de errores

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0568 (Acuerdos de Gestión)

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0603 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

2. RESPONSABLE NATALIA PEÑA DE BUEN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ROVIRA FLORES EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• TARANCON ROMERO MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• CASADO MERODIO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• BORQUE MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• RAMOS MORENO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• BONED NAVARRO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• MARTIN ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La anemia preoperatoria es frecuente en mujeres programadas para cirugía ginecológica, produciendo un aumento de la morbimortalidad y de las tasas de transfusión, con el correspondiente gasto económico derivado.

Diversas publicaciones han demostrado la asociación entre la anemia preoperatoria y el aumento en las tasas de transfusión preoperatoria, estancias hospitalarias más largas y un aumento en la morbi-mortalidad. Tal y como indica el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), uno de los objetivos primordiales en el perioperatorio es la optimización del paciente, identificando las diversas comorbilidades que padece entre las que se encuentra la anemia preoperatoria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como unos valores de hemoglobina (Hb) inferiores a 12 g/dL en la mujer. Estos valores son frecuentes en la mujer programada para cirugía ginecológica y, en la mayor parte de los casos, la etiología es la ferropenia debido al sangrado.

El hierro tiene un papel fundamental en la producción de Hb, por ello, el tratamiento principal es la administración de suplementos. La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) publicada por el Ministerio de Sanidad indica el tratamiento con hierro endovenoso en pacientes anémicos que van a precisar cirugía ginecológica para aumentar los niveles de Hb. La vía intravenosa permite una recuperación más rápida de la anemia, ventaja clave en los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica oncológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto tiene como principal objetivo la optimización de la paciente ginecológica pendiente de intervención quirúrgica, corrigiendo la anemia preoperatoria con la administración de hierro intravenoso. Este tratamiento permitirá disminuir las tasas de transfusión y de morbimortalidad postoperatoria, con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y de los costes económicos derivados. De forma secundaria, se reducirá el número de pruebas cruzadas para la compatibilidad transfusional, disminuirá el número de intervenciones suspendidas o demoradas por falta de optimización, se reducirán las tasas de infección nosocomial y mejorarán las condiciones del paciente en el momento del alta, permitiendo una mayor recuperación postoperatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La principal causa de la anemia en la paciente ginecológica es el sangrado. La hemorragia produce un déficit de los depósitos de hierro produciendo de forma consecuyente una reducción en los niveles de Hb. El principal tratamiento de la anemia ferropénica es la administración de hierro, siendo la vía intravenosa la que consigue aumentar los niveles de Hb de forma más rápida.

Para llevar a cabo este proyecto será necesario:

- Determinar los niveles de ferritina y saturación de transferrina. Para ello, desde la consulta de ginecología se solicitará un hemograma y perfil de anemias una vez a aquellas pacientes que entren en lista de espera.
- Un anestesiólogo revisará semanalmente los resultados de las analíticas y citará a las pacientes que cumplan los criterios de anemia ferropénica.
- Las pacientes con anemia ferropénica serán vistas en consulta por el anestesiólogo. Se les explicará la patología y el tratamiento propuesto, se les dará un consentimiento informado del mismo y se les dará un volante para acudir al Hospital de Día para la administración de hierro intravenoso.
- Las pacientes acudirán con el volante al Hospital de Día para recibir el tratamiento.
- El día de ingreso para la cirugía, habitualmente el día anterior a la misma, se les realizará una analítica de control con hemograma.
- El día de la intervención, el anestesiólogo revisará los niveles de hemoglobina de la paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para monitorizar el proceso, se realizará una tabla de Excel donde se incluirán los datos de las pacientes que entren en el estudio:

Proyecto: 2019_0603 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

- Número de historia
- Edad
- Peso
- Niveles de Hb en el momento de la inclusión en la lista de espera
- Niveles de Hb el día de la intervención quirúrgica
- Niveles de ferritina y transferrina

Tras la finalización del proyecto, se valorará:

- La penetrancia (porcentaje de pacientes con estudio de la anemia y metabolismo del hierro)
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica tratados con hierro intravenoso

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración estimada del proyecto es de un año.

- Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo: 1 mes.
- Sesión con la unidad de anestesiología de maternidad y ginecología para exponer el proyecto y establecer criterios: 15 días.
- Inicio del proyecto (fase 1: miomectomías e hysterectomías por miomas): 4 meses.
- Reunión con el grupo de mejora para la puesta en común de problemas surgidos y revisión: 15 días.
- Continuación del proyecto (fase 2: generalización al resto de pacientes con patología ginecológica afectas de anemia): 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesario:

- Consulta durante 1 hora a la semana (espacio físico).
- Colaboración con el Hospital de Día para la administración de fármacos.
- Medicación precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0761 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GIRON MOMBIELA JOSEA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- MORENO GOMEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
- SIENES RIBES OSCAR RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El correcto manejo del dolor está llamado a convertirse en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud, debido a la alta incidencia y prevalencia de este problema de salud, y las consiguientes repercusiones en la utilización de recursos sanitarios y calidad de vida de los que lo padecen. Uno de los enfoques necesario para la mejora de la calidad asistencial es el conocimiento de las patologías dolorosas atendidas así como de las medidas terapéuticas empleadas para su tratamiento. En la actualidad no existe en nuestra Unidad del Dolor un sistema de codificación de las patologías atendidas ni de los procedimientos terapéuticos realizados. Esto dificulta el análisis de resultados de las técnicas realizadas y la realización de planes de trabajo en función del impacto de las patologías atendidas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El primer objetivo es codificar en la primera visita y en las sucesivas la causa principal del dolor crónico de nuestros pacientes para saber cuáles son en realidad las patologías más frecuentemente atendidas para poder elaborar guías o protocolos de práctica clínica en las más prevalentes o en las patologías que requieren una atención más urgente (dolor oncológico y dolor neuropático)

El segundo objetivo es una codificación de las técnicas analgésicas intervencionista o de cuarto escalón analgésico realizado en la Unidad con el objetivo de poder realizar un correcto seguimiento de sus indicaciones y sus resultados.

Por tanto son objeto del proyecto todos los pacientes que acuden a la Unidad y una vez detectados los cuadros más prevalentes se deberá evaluar si son factibles pautas de actuación conjunta con Atención Primaria u otras especialidades con el objetivo de no demorar el tratamiento precoz del dolor.

También es un objetivo fundamental el seguimiento de las técnicas intervencionistas realizadas para verificar la utilidad de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se deberá trabajar de manera conjunta con todos los miembros de la Unidad del Dolor para acordar una terminología común a la hora de referirnos a las causas del dolor y sobre las técnicas realizadas. Una vez realizada una primera codificación se revisará con los responsables de archivo y documentación clínica así como con los responsables correspondientes de informática para proporcionar una base de recogida de la información para su posterior explotación, siendo en la actualidad la opción más sencilla el desarrollo de un formulario en el que se puedan registrar las patologías y su tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores serán el porcentaje de patologías y técnicas analgésicas codificadas respecto a los pacientes atendidos y técnicas realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El primer año se debe realizar la codificación de las patologías y técnicas intervencionistas dejando definida la manera en que se deben realizar las futuras modificaciones o incorporaciones de nuevas codificaciones (sobre todo en técnicas intervencionistas debido a la rápida aparición de nuevas técnicas en la actualidad) (Abril 2019 a abril 2010)

En el segundo año se procederá al registro y valoración de dichas codificaciones considerándose adecuada en ese año una codificación > 50 % de las patologías atendidas, un registro > 50% de las técnicas realizadas en sala blanca y > 90 % de las realizadas en quirófano. (Abril 2020 a diciembre 2020)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador operativo en sala blanca y consultas y quirófano del dolor (ya existen)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0761 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor crónico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0897 (Acuerdos de Gestión)**

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

2. RESPONSABLE BORJA RUBIO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO GOMEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RAMOS MORENO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VISIEDO SANCHEZ SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la declaracion de Helsinki de 2010 por parte de muchas sociedades de anestesia a nivel mundial se acordaron unos minimos imprescindibles en materia de seguridad clinica, desde el etiquetado correcto de medicacion de acuerdo a una normativa internacional, pasando por la creacion de una hoja de verificacion quirurgica, hasta la puesta en marcha de medidas para la recogida de incidentes, con el objeto de establecer con el tiempo un entorno de seguridad maxima alrededor del paciente.

Hay que ofrecer un entorno de seguridad a los pacientes y aprendizaje a los profesionales y darles mecanismos para poder relatar los problemas que les ocurren en la practica diaria, con el fin de detectar errores latentes del sistema e ir solucionandolos, controlarlos y minimizarlos, para que al paciente le lleguen los menores de ellos y sean lo menos importantes posibles.

Para ello, es necesario contar con un sistema de notificacion de incidentes. Ha de ser facilmente accesible, anonimo y no punitivo, ademas de ofrecer un feedback adecuado y rapido a los implicados, para fomentar la adhesion al sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer un sistema de notificacion de incidentes criticos en el perioperatorio de pacientes, tanto para cirugias dentro del bloque quirurgico, como para pruebas invasivas y actividades con anestesia fuera de quirófano

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En primer lugar, en acuerdo con la comision de seguridad del hospital, elegir un unico sistema de notificacion que pueda recoger todas las sensibilidades del hospital en materia de seguridad y de recogida de incidentes, para proceder a su implantacion por todo el hospital.

En segundo lugar, informar en diferentes charlas, tantas como sean necesarias, a las diferentes personas implicadas en el proceso de cuidados de los pacientes, tanto para aumentar su cultura en seguridad como para enseñar el sistema escogido y las formas que pueden usarlo para aportar informacion.

Sera imprescindible contar con apoyo de la direccion para su implementacion en todo el hospital, asi como para su difusion.

Habra que habilitar un buzón, web o lugar de referencia para que, de manera anonima, los interesados que hayan reportado algun incidente, o la gente interesada, pueda acceder a los sucesos reportados y a las soluciones implementadas. De manera ocasional, quedando por establecer la cronologia adecuada segun el numero de reportes, habra que dar informacion tratada de manera descriptiva de los reportes realizados y las medidas tomadas o a la espera de implementacion. Inicialmente sera semestral pero eso podria variar en funcion de la cantidad de informacion recibida.

Si la implementacion del sistema es un exito, a medio plazo podria ser necesario contar con personal especializado en seguridad para ayudar y tratar los datos obtenidos, con objeto de mejorar la eficiencia del sistema y ofrecer un feedback adecuado en un espacio de tiempo razonable.

Ademas, con los integrantes del plan de mejora, pretendemos establecer una reunion de seguridad dentro del Servicio de Anestesiologia y Reanimacion, con objeto de ir mejorando la practica diaria y avanzar en el objetivo de dar la mejor atencion medica posible a los pacientes, dentro de un entorno de seguridad.

En un tiempo posterior seria util instaurar un circuito de atencion a las segundas y terceras victimas (profesionales y familiares)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En funcion de los incidentes reportados una vez establecido el sistema de notificacion podremos establecer una estadística anual, tanto del tipo de reportes hechos, su gravedad, asi como las medidas correctoras implementadas. Sera muy importante la capacidad de difusion dentro del ambito que sucedan estos incidentes, para ir ampliando la cultura de seguridad y reporte a todos los profesionales implicados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La primera accion sera la eleccion de un sistema de notificacion comun al hospital, que no dependiera directamente en exclusiva del equipo del plan de mejora sino que la comision de seguridad del hospital ya esta trabajando, intentando elegir el sistema comun mas adecuado para nuestro medio. La idea inicial es que este elegido antes de Julio, para comenzar su implementacion en septiembre, dando las charlas informativas sobre su existencia y uso, poder tener las primeras referencias estadísticas ya en 2019, para instaurar las pautas correctoras necesarias y su implementacion plena a lo largo de 2020. deberia ser un sistema prospectivo y mantenerse en el tiempo de manera indefinida, asi que las charlas informativas, sitio habilitado de resultados

Proyecto: 2019_0897 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

y dar publicidad intrahospitalaria a las mejoras aportadas es imprescindible para su correcta implantacion y conseguir la mayor adhesion posible .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Inicialmente hace falta establecer la herramienta de recogida y tratamiento de incidentes. Una vez establecido a medio plazo puede hacer falta algun profesional cualificado para el tratamiento de los datos, si estos fueran muchos, para poder dar respuestas en un tiempo adecuado y implementar las soluciones adecuadas para disminuir los problemas latentes del sistema.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los paciente implicados en algun proceso perioperatorio con anestesia
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0919 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

2. RESPONSABLE CRISTIAN ARAGON BENEDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ UBIETO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTEGA LUCEA SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VISIEDO SANCHEZ SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVER FORNIES PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El bloqueo neuromuscular (BNM) es utilizado en anestesiología para paralizar los grupos musculares y conseguir unas condiciones óptimas para el acto quirúrgico. A parte de sus efectos clínicos, frecuentemente se observa un bloqueo neuromuscular residual (BNMR) en las unidades de recuperación postanestésica (URPA) tras finalizar la cirugía.

En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia de esta complicación, aumento de la patología respiratoria asociada al BNMR, una mayor morbilidad postoperatoria, una mayor estancia en URPA y hospitalaria, y por tanto un aumento de las necesidades y costes de los servicios de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Disminuir la incidencia de BNMR mediante la introducción de un programa educativo y una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica disponible (monitorización específica del BNM y reversión farmacológica del BNM)

2. Disminuir la incidencia de complicaciones menores respiratorias en URPA (desaturación, broncoaspiración, reintubación) y complicaciones pulmonares mayores en el postoperatorio a los 30 días postintervención (neumonía y atelectasia) en relación a la tasa de BNMR

3. Disminución de la estancia en URPA y la estancia hospitalaria en relación a la disminución de la incidencia de BNMR y de complicaciones postoperatorias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El cumplimiento de una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica permitirá una disminución de la incidencia del BNMR, mejor pronóstico del paciente y un menor coste de los servicios de salud de los pacientes quirúrgicos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La monitorización neuromuscular se realizará de manera sistemática mediante el TOF (Train of Four) en todos los pacientes que se utilicen relajantes musculares (RNM). El BNM será cuantificado en el intraoperatorio cada 30 segundos durante la inducción, cada 15 - 30 minutos durante el mantenimiento y cada minuto durante la educación mediante un monitor TOF-Watch.

Durante la educación, en el caso de aquellos pacientes en el que no exista BNM (TOF ratio > 0,9) se podrá proceder con la extubación. Si el TOF ratio es < 0,9 se revertirá con el fármaco específico para cada RNM. En caso de necesitarse, la dosis utilizada en la práctica clínica habitual es neostigmina 0,03 - 0,05 mg/Kg o sugammadex 2 - 4 mg/Kg para un BNM leve - moderado.

El BNMR en URPA, definido con un TOF ratio <0,9 una vez se haya extubado al paciente, será medido en el momento del ingreso, a los 20 minutos y al alta. Se registrará el tiempo de permanencia en la URPA y la aparición de complicaciones respiratorias menores: desaturación, broncoaspiración, reintubación.

Posteriormente habrá un seguimiento durante los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica y se evaluará la aparición de complicaciones pulmonares mayores, definidas como neumonías o atelectasias. Se registrará a su vez la estancia hospitalaria en días o el posible exitus del pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA según relajante muscular utilizado y reversión
- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en URPA
- Tasa de complicaciones respiratorias mayores desarrolladas durante ingreso hospitalario
- Estancia en URPA de pacientes que presentan BNMR
- Estancia en URPA de pacientes que no presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que no presentan BNMR

Los datos de un estudio previo (Martinez-Ubieto et al, Minerva Anestesiológica, octubre 2015) realizado en el

Proyecto: 2019_0919 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Hospital Miguel Servet por nuestro "grupo de estudio de relajación muscular y bloqueo neuromuscular residual", adscrito al IIS determinó que, sin estas recomendaciones y protocolos, la incidencia de BNMR a la llegada la URPA fue de un 27,9%, la incidencia de complicaciones respiratorias menores del 14,5% y la incidencia de complicaciones mayores tipo neumonía/atelectasia fue del 7,5%, similar a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

MES 1-2: Sesión clínica explicativa del comienzo del plan de mejora y las recomendaciones descritas a residentes y adjuntos del Servicio de Anestesiología y Reanimación H. Miguel Servet de Zaragoza (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

MES 3 - 15: Evaluación de la incidencia de BNMR y sus complicaciones respiratorias de acuerdo con el objetivo del plan de mejora. Los pacientes serán analizados de manera sistemática y secuencial en el marco temporal definido en el proyecto

MES 15 - 18 : Análisis estadístico de los índices y sesión clínica a residentes y adjuntos del Servicio explicando los resultados del proyecto de gestión clínica y practicas a mejorar derivadas de este (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tanto el uso de relajantes musculares como la reversión del BNM con fármacos entra dentro de la practica clínica habitual por lo que no se requiere de otros recursos adicionales. Del mismo modo la monitorización del BNM se realizará con los monitores TOF-Watch SX device [MSD, Oss, The Netherlands] existentes en la mayoría de los quirófanos y en URPA.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0942 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CHUECA MATA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVA PERALES PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORO FRAILE JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PORTERO LORO LUIS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En 2008 se estimaba que el dolor crónico, definido como cualquier dolor que dura al menos 3 meses o como cualquier tipo de dolor recurrente durante un periodo mínimo de tres meses, está presente entre un 15 y un 25 % de los niños adolescentes de países industrializados. Estudios recientes de 2017 y 2018 han objetivado que en España dicha cifra es superior (25-30%), como en Europa.
Dada la incidencia del dolor crónico infantil y del reducido número de centros especializados, la mayor parte de los pacientes serán asistidos por personal no especializado en el tratamiento avanzado del dolor pediátrico.
A nivel nacional se disponen de 8 centros en los que se atiende en mayor o menor medida el dolor crónico de esta población en Unidades de Dolor más o menos específicas.
En Aragón no hay ninguna una Unidad de Dolor Infantil (UDI). Consideramos que es urgente abrir una UDI en el centro de referencia para la asistencia infantil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- Ofrecer asistencia integral a los pacientes pediátricos con dolor, como centro de referencia autonómico y supra-autonómico, tanto con dolor agudo (postquirúrgico, procedimental, traumático...), como con dolor crónico (somático, visceral, neuropático, oncológico...).
- 2- Desarrollar protocolos y vías clínicas de las patologías habituales en la Unidad, mejorando los parámetros de calidad.
- 3- Integrarnos en los procesos existentes en los que exista un componente de dolor (p.ej. los pacientes de Cuidados Paliativos Pediátricos, de Oncopediatría, Espásticos...).
- 4- Mejorar la calidad percibida en las consultas externas y hospitalización, disminuyendo los efectos secundarios de los tratamientos analgésicos, y mejorando la información a los pacientes y familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El programa se denominará "Unidad de Dolor Infantil (UDI)".

Patología que trataremos:

- 1- Dolor postoperatorio intenso de varias horas o días de duración asociado a intervenciones quirúrgicas agresivas.
- 2- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración asociado a traumatismos severos.
- 3- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración provocado como efecto secundario de tratamientos médicos.
- 4- Enfermedades oncológicas y crónicas no oncológicas de larga evolución que se asocien a dolor crónico durante semanas, meses o años.
- 5- Enfermedades crónicas u oncológicas de pacientes ingresados en el Hospital que se asocien a situaciones terminales que requieran tratamiento avanzado del dolor durante varios días o semanas.

Tratamientos que realizaremos:

- 1-Administración de técnicas anestésicas para la aplicación de las técnicas intervencionistas para el dolor.
- 2-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías sistémicas.
- 3-Administración de medicación coadyuvante para mejora del confort y la calidad de vida tras la administración de agentes analgésicos como antieméticos, laxantes, psicoestimulantes, sedantes.
- 4-Administración de agentes analgésicos no convencionales (antidepresivos, anticomiciales, anestésicos locales, corticoides, antiarrítmicos) por vía sistémica buscando un efecto analgésico.
- 5-Realización de técnicas aisladas de bloqueo regional transitorio (anestésicos locales, opioides, radiofrecuencia pulsada...) o permanente (agentes neurolíticos...): bloqueos periféricos, bloqueos tronculares, bloqueos paravertebrales, bloqueos espinales.
- 6-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías a través de dispositivos específicos de Analgesia Controlada por el Paciente (Bomba PCA), para pacientes ingresados o que pueda realizarse en su domicilio.
- 7-Administración de agentes analgésicos a través de catéteres de localización epidural, troncular, paravertebral, intratecal...
- 8-Realización de técnicas de neuromodulación crónica: reservorios subcutáneos conectados a catéteres intratecales o electrodos de estimulación medular.
- 9-Coordinación de la asistencia multidisciplinar con Psiquiatría-Psicología, Rehabilitación-Fisioterapia, COT,

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0942 (Acuerdos de Gestión)**

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

COMF, Neurocirugía, Cirugía Pediátrica...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Centinela: Eventos adversos relacionados con el material médico.
- Estructura: Cumplimentación suficiente de la documentación clínica.
- Proceso: Control del dolor crónico con una reducción del dolor basal superior al 30%.
- Resultado: Encuesta de satisfacción con el control del dolor crónico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo de 2019: Formación de un grupo de trabajo. Participarán la Sección de Anestesiología Pediátrica, Psiquiatría-Psicología Infantil y Cirugía. La Unidad de Calidad y la Subdirección de Enfermería Materno-Infantil estarán representados en todo momento.
- Junio de 2019: Preparación de la agenda de trabajo.
- Septiembre de 2019: Introducción de las escalas de dolor, registros médicos y de enfermería y apertura de la agenda de citas.
- Octubre de 2019: Diseño e implantación de las encuestas de información y de satisfacción.
- Noviembre-Diciembre de 2019: Apertura de la UDI.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se comenzará utilizando los recursos propios existentes en el Hospital.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor Infantil
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0948 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE REANIMACION

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ALMAJANO DOMINGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ROMERO INIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Unidad de Reanimación se considera una Unidad de críticos postquirúrgicos, en la que ingresan pacientes que se han sometido a cirugías mayor y/o compleja, en muchos de estos pacientes se asocia además una comorbilidad importante, y alguno de ellos en situación de sepsis.

Durante el curso postoperatorio, algunos de estos pacientes pueden entrar en fracaso renal agudo (FRA). El fracaso renal agudo es una complicación común en pacientes críticos. Esta patología tiene una gran trascendencia tanto desde un punto de vista clínico como de eficiencia en su tratamiento. Aumenta la probabilidad de muerte en un 200-300% y que significa un incremento en el consumo de recursos terapéuticos no sólo por la necesidad de utilizar técnicas de reemplazo renal, sino por la necesidad de optimizar el tratamiento de los pacientes.

El manejo del FRA del paciente crítico es uno de los aspectos que más ha evolucionado en los últimos años con el desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (hemofiltración), considerándose como técnicas de elección, cuando se comparan con tratamientos convencionales (hemodiálisis intermitente).

La principal ventaja de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR), es una mayor estabilidad hemodinámica que se logra con su uso, que permite su utilización en pacientes hemodinámicamente inestables, en los que la hemodiálisis es muy difícil de realizar. Las TCRR es un tratamiento lento y continuado que evita los bruscos cambios en la volemia y en las concentraciones de electrolitos que se producen con la técnica convencional.

Actualmente, nos encontramos en la situación que en la Unidad de Reanimación carecemos de las TCRR para el tratamiento de ese paciente crítico, por lo que debemos solicitar una cama de UCI, que no siempre se consigue precozmente, por lo que el tratamiento se suele retrasar, lo que conlleva un aumento de las complicaciones, y por lo tanto un aumento de la mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto tiene como criterio el inicio más precoz de las TCRR en el seno del episodio del FRA, y del paciente séptico postoperado, lo que parece conllevar una mejoría pronóstica, y una mayor supervivencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- ** Cursos Online (básico, citrato, TPE; Mars)
- **Talleres prácticos, teórico-prácticos de 2-3 horas de duración
- **Rotación externa en una Rea, para adquirir más habilidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- **Valoración hemodinámica y respiratoria
- **Descenso de las complicaciones
- **Menor estancia hospitalaria
- **Precocidad en la instauración de la terapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

para completar la formación del personal sería necesario un mínimo de 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La casa comercial Hospal, nos cedería 1-2 máquinas "Prismaflex", a cambio del uso de fungibles y líquidos necesarios para la realización de la terapia (hemofiltración).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. : paciente crítico en fracaso renal agudo y en el paciente séptico. con S. de disfunción multiorgánica.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0948 (Acuerdos de Gestión)

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE REANIMACION

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• ALIAS GOMEZ RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• INFANTES MORALES MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• FRACA CARDIEL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El HUMS es el centro donde se realiza la trombectomía del ICTUS de todo Aragón. El tiempo entre el ICTUS y la extracción del trombo se correlaciona con el nivel de discapacidad residual del paciente. Los primeros estudios demostraron que la trombectomía realizada bajo anestesia general se correlacionaba con peores resultados, debido a que el cerebro dañado responde a la hipotensión arterial con una hipoxia cerebral desproporcionada. Esto hizo que se crearan estudios observacionales y protocolos internacionales con criterios estrictos de la indicación de una anestesia general, y, de cómo realizar esta. Siempre bajo monitorización estricta, junto a una anestesia realizada para conseguir que la saturación de oxígeno cerebral se mantenga. Los estudios han mostrado que implantando estos protocolos, se puede ahorrar hasta 30 minutos de demora en la extracción del trombo, y, se pueden conseguir mejores resultados en discapacidad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es realizar un protocolo de manejo peri anestésico de la trombectomía del ICTUS, basado en la evidencia disponible. Consensuarlo entre todos los anestesiólogos que trabajamos en esta área, para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad del paciente y disminuir los tiempos hasta la extracción del trombo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1-Consensuar un protocolo del tipo de anestesia, monitorización, nivel de glucosa y tensión arterial que se deben tratar, en función de las características clínicas y anatómicas del ictus.
2-Dejar claras y por escrito las recomendaciones, más destacadas, y, las instrucciones necesarias para la enfermería implicada.
3- Editar "protocolo de bolsillo" con los esquemas de manejo de la trombectomía bajo anestesia general o no.
4- Registrar lo que hacemos y los resultados que obtenemos
5- Comunicar el protocolo y los resultados en los foros especializados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-% de uso de presión invasiva, actual 10% (estándar 100%)
- % de uso de anestesia general en función del territorio del ICTUS (estándar 30%)
- tiempo desde la entrada del paciente hasta la punción femoral (estándar 20-25 min)
- Variabilidad en el uso de vasoconstrictores y sedantes (< 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril-Junio 2019: revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización hemodinámica con metodología PICO:
Julio-Octubre: Consensuar protocolo entre los anestesiólogos implicados
Noviembre-Diciembre: Escribir el protocolo, y crear instrucciones para facilitar la actuación de las enfermeras implicadas.
Enero-Febrero: Registrar el cumplimiento del protocolo y de los tiempos empleados
Marzo-Abril: Crear registro de seguimiento de indicadores de proceso y de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo, implicación, dedicación y ayuda de agencia de metodología Grade

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso

Proyecto: 2019_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE PABLO ORTEGA LAHUERTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· HERRANZ ANDRES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ASENSIO PARIS ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCES ROMERO CARMEN. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente hay una gran variabilidad en el manejo perioperatorio del paciente antiagregado o anticoagulado, esto conlleva una inseguridad evitable en los pacientes. Reconocido el problema por los anestesiólogos, los cirujanos y los médicos de familia, hemos decidido afrontarlo de forma consensuada y de acuerdo con la evidencia. Recientemente un grupo de trabajo multidisciplinar de diferentes sociedades científicas han realizado recomendaciones basadas en la evidencia, con el objetivo de que todos realicemos la misma actuación en la retirada y reposición del tratamiento antitrombótico ante la realización de una cirugía o procedimiento diagnóstico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es difundir estas recomendaciones en la historia electrónica, y en libretas de bolsillo, entre los hematólogos, anestesiólogos, cirujanos y especialistas en medicina primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones actuales y creación de un documento conjunto .
- Validar la claridad del documento con los pacientes
- Difusión del documento en talleres repetidos, documento de bolsillo, y, con la ayuda de la informática en la historia electrónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1- N.º de reuniones y talleres realizados
2- -Aprobación del protocolo en el HUMS y medicina primaria
3- Herramienta informática activa en la historia electrónica, basada en algoritmos
4- Suspensiones en el quirófano por motivo de los antitrombóticos
5- Encuesta de satisfacción a anestesiólogos, cirujanos, médicos de familia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión bibliográfica: Abril-Junio
Protocolo de bolsillo: realizado para Julio
Aprobación del protocolo: Septiembre
Reuniones, sesiones, talleres: Septiembre a Diciembre
La herramienta informática se viene trabajando todo el último año, y, parece que va a dar luz próximamente

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo, dedicación de los profesionales, locales para reuniones, ayuda informática en la historia clínica electrónica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERAORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Proyecto: 2019_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· JIMENEZ ELBAILE ALFONSO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· SOGUERO VALENCIA IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· HERRANDO MEDRANO MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RECIO CABRERA ADORACION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

Las guías recomiendan que la fístula arteriovenosa se realice con una antelación previa al inicio de la hemodiálisis (HD) de 6 meses, para evitar la colocación de un catéter venoso, el cual, supone 4 veces más de riesgo de presentar complicaciones infecciosas al inicio, 7 veces más a los 6 meses de diálisis; además supone un aumento de la mortalidad asociada en el primer año, de ahí la importancia de realizar los accesos vasculares previamente al inicio de la diálisis y de resolver la disfunción del acceso con la mayor celeridad posible para poder evitar la colocación del catéter. (Nefrología 2017; 37 (Supl 1):1-177).

El servicio de ACV pertenece al grupo de mejora del acceso vascular para HD y tenemos unos plazos fijados de atención a tiempo para realizar el primer acceso vascular y para resolver la disfunción lo que denominamos "Código Fístula"; Previamente a la intervención se debe de realizar una exploración exhaustiva para elegir el lugar del acceso.

Actualmente nos resulta difícil cumplir con este compromiso adquirido por las siguientes causas:

Tiempo y modo de canalización mejorables.

Lugar de exploración preoperatoria de los pacientes inadecuado

Variabilidad clínica

La exploración de estos pacientes en muchas ocasiones se realiza sin asociar ninguna prueba diagnóstica y con una gran variabilidad por parte del personal médico.

Presión asistencial. Sectores.

El Servicio de ACV del Hospital Universitario Miguel Servet se encarga de atender las necesidades de acceso vasculares no sólo de nuestro centro, sino también del Hospital San Juan de Dios y La Defensa de Zaragoza, Hospital de Alcañiz, Hospital Obispo Polanco de Teruel,

Recursos necesarios

Actualmente las disponibilidad de quirófanos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular para poder atender a estos pacientes con la calidad oportuna y siguiendo los plazos que indican las guías clínicas es insuficiente.

Aumento de la actividad asistencial

El diagnóstico y tratamiento de la disfunción del acceso vascular supone un incremento de la actividad asistencial ordinaria de nuestro servicio.

Como consecuencia de todo ello, a muchos pacientes se les implanta un catéter venoso lo que supone un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Cumplir los plazos predefinidos por el grupo de mejora del acceso vascular de hemodiálisis de nuestro centro para la realización del acceso vascular:

Urgente: Necesidad de realización FAV en 1- 3 semanas

Preferente: Necesidad de realización FAV en 2 - 4 semanas

ERC de rápida evolución

Falta de maduración del AV

Portadores de CVC no tunelizado.

Normal: Necesidad de realización de FAV en 3 meses

Previsión de inicio de HD > 6 meses

Evitar la colocación de catéter cuando se detecte disfunción de una fístula que previamente funcionaba con normalidad "Código Fístula"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación del grupo de trabajo responsable

Proyecto: 2019_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Realizar un protocolo en el que se incluya
Modo y tiempos de canalización
Lugar de realización de la consulta preoperatoria
Realización de ecodoppler preoperatorio de manera sistemática
Frecuencia de revisión de la lista de espera quirúrgica del acceso vascular para HD.
Diseñar un formulario en Hp doctor para homogeneizar las exploraciones y para poder realizar estudios en el futuro de qué accesos vasculares son los más adecuados. Todos los pacientes tendrán informe en el que se detalla el destino del paciente.
Realizar reuniones con el Servicio de Anestesia para que dé validez a la valoración anestésica de otros centros de nuestra comunidad.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cumplimiento del protocolo
Tasa de urgentes/preferentes/normales realizadas en los plazos pertinentes
Tasa de ecodoppler preoperatorio
Tasa de catéteres evitados en los pacientes que inician diálisis.
Tasas de catéteres evitados en los pacientes del código fístula.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de Inicio Marzo 2019.
Creación grupo de trabajo responsable: marzo 2019
Realizar protocolo Mayo 2019
Diseñar formulario hp-doctor: marzo 2019
Presentar al servicio para consensuar abril 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Abril 2019
Reuniones con Coordinadores de anestesia: Abril/Mayo 2019.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del salud: junio 2019
Evaluación del cumplimiento del objetivo de 2019: marzo 2020.
El proyecto continuará en los años siguientes hasta regularizar e integrar completamente esta actividad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1 quirófano de CSI a la semana
1 quirófano con disponibilidad de arco en C a la semana
Equipo de ecodoppler

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Insuficiencia Renal Crónica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

2. RESPONSABLE IRENE VAZQUEZ BERGES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ESCOLANO GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• HERRANDO MEDRANO MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• FERNANDEZ AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• LECHON SAZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
• MORATA CRESPO BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
• GIMENO GONZALEZ MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La claudicación intermitente, es la manifestación clínica de la enfermedad arterial periférica o isquemia crónica de miembros inferiores; presenta una prevalencia en la población del 6,2% en mayores de 50 años. Entre el 1 y 3% de los pacientes con claudicación intermitente, progresan a estadios avanzados de isquemia crítica a lo largo de su vida, por lo que es importante un correcto diagnóstico y tratamiento estos pacientes.

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad arterial periférica, son los principales causantes de arterioesclerosis: hipertensión, diabetes, tabaquismo y dislipemia. Son los mismos factores de riesgo para la cardiopatía isquemia. Existe una asociación entre ambas enfermedades. Los pacientes con enfermedad coronaria conocida y enfermedad arterial periférica tienen un 25% más de riesgo de muerte que los que no asocian ambas patologías.

El tratamiento de la enfermedad arterial periférica en los estadios iniciales, cuya manifestación clínica es la claudicación intermitente, es del tratamiento médico, consistente en mejora de los hábitos de vida y control de factores de riesgo, abandono del tabaco, ejercicio físico, y tratamiento médico farmacológico. En determinados pacientes, con cortas distancias de claudicación, que resultan muy invalidantes, está indicado el tratamiento quirúrgico.

El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de esta patología, pero es de difícil cumplimiento de forma autónoma por parte de los pacientes, por lo que los programas de ejercicio deberían ser supervisados. Hay estudios que comparan el ejercicio supervisado con la simple recomendación médica, demuestran que el ejercicio supervisado se traduce en una mejoría de la distancia máxima caminada con respecto a programas de ejercicio no supervisado (nivel de evidencia B). Otros estudios señalan un nivel de evidencia A del ejercicio supervisado en pacientes con claudicación intermitente. Estudios prospectivos han mostrado que el ejercicio supervisado produce una mejoría en la distancia caminada y en la distancia caminada sin dolor. Esta mejoría se mantuvo durante todo el periodo de seguimiento (hasta 2 años).

En la Comunidad Autónoma de Aragón no existe a día de hoy ningún centro hospitalario que ofrezca este tipo de programas de ejercicio físico supervisado para pacientes claudicantes.

En el hospital Miguel Servet contamos con un Servicio de Rehabilitación con experiencia en programas de entrenamiento similares; ya tiene en funcionamiento un programa de rehabilitación para pacientes cardiopatas. Debido a la poca adherencia que presentan los pacientes a realizar ejercicio físico de forma autónoma, proponemos la realización de un programa de ejercicio supervisado para pacientes seleccionados con claudicación intermitente invalidante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Diseñar e implantar un Programa de ejercicio supervisado para pacientes con claudicación intermitente invalidante de miembros inferiores para conseguir una mejora de la distancia de claudicación.

Con la puesta en marcha de este proyecto se pretende conseguir un aumento de la distancia de claudicación de los pacientes con edades no superiores a 70 años, para que ésta no resulte invalidante en su vida diaria.

Con el programa se pretende la adhesión al tratamiento de tal manera que los objetivos alcanzados al finalizar el programan se mantengan en el tiempo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para llevar a cabo el proyecto de creará un grupo de trabajo conjunto con miembros del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Rehabilitación.

Se redactará un protocolo de actuación con los detalles y fases del Programa, todo será consensuado conjuntamente con los Servicios implicados.

Una vez redactado se procederá a su revisión, análisis y correcciones.

Una vez redactado y consensuado el programa se enviará a la UCA para su aprobación. Posteriormente procederemos a su implantación.

Evaluación de los resultados según los indicadores establecidos en el Programa.

Proyecto: 2019_0540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Programa redactado: SI
Programa Implantado: SI
Tasa de pacientes con claudicación incluidos en el programa
Tasa de pacientes que finalizan el programa
Tasa de pacientes con mejoría clínica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de Inicio Marzo de 2019. Fecha finalización marzo de 2020.

Creación de un Grupo de trabajo: marzo 2019
Redacción del protocolo o Programa: abril 2019
Consensuar con Servicios implicados: mayo 2019
Revisión y correcciones: junio 2019
Enviar a la UCA para su aprobación: septiembre 2019
Implantación del Programa: marzo de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

1 claudicómetro. Disponible en en el Servicio de Cirugia Vasculuar.
2 cintas rodantes. Se dispone de una en el gimnasio de RHB.; será necesario dotar de otra cinta rodante.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA EN LA SECCION DE PROTEINAS Y METALES. PROTEINOGRAMA EN SUERO

2. RESPONSABLE ELENA GARCIA GONZALEZ
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MATILLA MARIA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· LAHOZ ALONSO RAQUEL. FIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· CHUECA CHUECA MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GILABERTE ANGOS BEATRIZ. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· RODRIGUEZ CASTEL ANA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet es un laboratorio acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189.
Tanto los requisitos establecidos por la norma como el propio proceso de acreditación favorecen la implantación y el mantenimiento de los sistemas de mejora continua del laboratorio.
Para el laboratorio supone el reconocimiento formal y público de su competencia técnica en todos los procesos (fase preanalítica, analítica y postanalítica).
Por otra parte, la mayoría de protocolos y guías clínicas elaboradas para el diagnóstico y seguimiento de patologías concretas recogen indicaciones para el uso de magnitudes de laboratorio. Recientemente, se han publicado unas recomendaciones conocidas por "Not to do". En este sentido, el objetivo de la gestión de la demanda debe ser, por tanto, optimizar las solicitudes de análisis para adecuar las pruebas que se realizan a cada contexto clínico particular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este proyecto es la ampliación del alcance de la acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 al proteinograma en suero, que se realiza en la sección de Proteínas y Metales del Servicio de Bioquímica Clínica del HUMS.

Otro de los objetivos será la adecuación de la demanda de esta prueba según las recomendaciones "Not to do" del Ministerio de Sanidad.

Estas recomendaciones indican que:

1. La solicitud del proteinograma debe dirigirse mayoritariamente a situaciones en las que exista sospecha de gammapatía monoclonal y, por lo tanto, salvo en esta situación, no debería solicitarse en pacientes menores de 50 años.
2. El proteinograma NO debe estar incluido en perfiles de carácter general.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades para la ampliación de la acreditación se basan en la norma UNE-EN ISO 15189:

1. Elaboración del procedimiento, formatos y registros (Responsable técnico, Residente)
2. Cumplimentación diaria de los registros (TEL)
3. Validación del método (Responsable técnico, Residente)
4. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsable técnico, Residente)
5. Participación en programas de evaluación externa de la Calidad (Responsable técnico, Residente)
6. Aplicación de la gestión de la demanda (Responsable técnico, Responsable grupo mejora "gestión de la demanda")
7. Auditoría interna
8. Auditoría externa ENAC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Cumplimentación de las especificaciones de calidad
2. Informe de auditoría interna
3. Seguimiento y cierre de las No conformidades generadas en la auditoría interna (Si procede)
4. Informe de auditoría externa
5. Seguimiento y cierre de las No conformidades generadas en la auditoría externa (Si procede)
6. Gestión de la demanda analítica:
 - % de proteinogramas en menores de 50 años <5%
 - % de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado >5%
 - Número de proteinogramas en perfiles de carácter general <10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: Marzo 2019

Fin: certificado de auditoría externa

Registro y evaluación de indicadores: Indicadores de gestión de la demanda: Marzo 2019 - Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA EN LA SECCION DE PROTEINAS Y METALES. PROTEINOGRAMA EN SUERO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

2. RESPONSABLE YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL

- Profesión BIOQUIMICO/A CLINICO
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- GUALLAR SERRANO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- MELENDO LAPUENTE EVA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- OCHOA LOPEZ JOSE JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.

Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos. El seguimiento de estos indicadores es una herramienta imprescindible para evaluar la calidad de los resultados de un programa de Cribado Neonatal. Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además, el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se evaluarán diferentes indicadores para cada una de las etapas del proceso.

ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA

Tiempo de toma de muestra.

Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.

Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.

Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.

Calidad de la muestra.

Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.

Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.

Aceptable: =2% de muestras no válidas.

Trazabilidad

Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.

Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.

Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.

ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS

Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.

Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.

Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.

Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.

ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.

Tiempo de respuesta del laboratorio.

Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.

Proyecto: 2019_0217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.

Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio.

La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.

Se consideran las siguientes situaciones:

- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).

ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS

Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.

Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.

Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-

10. OBSERVACIONES.

-

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

2. RESPONSABLE GUILLERMO HERNANDEZ DE ABAJO
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• GARCIA GONZALEZ ELENA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• GRACIA MATILLA MARIA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Bioquímica Clínica del H.U. Miguel Servet es un laboratorio acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189. Desde el año 2009 se han incrementado los alcances acreditados implicando a mayor número de personal facultativo y técnico que engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas, Cribado Prenatal y Autoinmunidad. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto a mantener y ampliar la acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo principal es el mantenimiento de la acreditación hasta ahora conseguida y la ampliación de otras áreas del laboratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma UNE-EN ISO 15189.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad).
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad).
3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos).
5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad).
6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).
7. Auditoría interna.
8. Auditoría externa de ENAC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Fase Pre-analítica:

1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 25°C. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días

Fase Analítica:

9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%

Fase Post- analítica:

11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han

Proyecto: 2019_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%
Análisis: Mensual.
Evaluación: Anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: Enero 2019
Fin: Diciembre 2019
Auditoría interna: Febrero 2019
Auditoría externa ENAC: Mayo 2019
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna:
Enero 2019 - Diciembre 2019.
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2019 - Diciembre 2019
Revisión del sistema de calidad: Mayo 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROCESOS DE LABORATORIO CLÍNICO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

2. RESPONSABLE JOSE LUIS BANCALERO FLORES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANTAMARIA GONZALEZ MARIA. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• ESCOBAR CONESA ROCIO. FARMACUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• BORAO PEREZ SARA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• VALERO YUBERO MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• USON LABORDA ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• GOMEZ CUELI ANA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• ESPAÑA HERNANDEZ LUISA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias crónicas y progresivas que se caracterizan por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible. Actualmente, el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la evaluación objetiva de las lesiones intestinales. La calprotectina fecal es un biomarcador que en los últimos años se ha confirmado como una herramienta útil en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Sus principales utilidades son diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal, detectar la presencia de actividad inflamatoria intestinal, monitorizar la respuesta al tratamiento e identificar la curación mucosa, predecir la recidiva clínica o incluso la recurrencia postquirúrgica. Actualmente, no están claramente definidos sus puntos de cortes óptimos para cada una de estas utilidades. No obstante, su elevada precisión para detectar actividad endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Nuestro laboratorio clínico realiza análisis en el ámbito sanitario, y es necesario estar seguro de que es capaz de proporcionar resultados correctos en los que se pueda confiar o, lo que es lo mismo, que es técnicamente competente para el parámetro calprotectina fecal.

Para nuestros usuarios que requieren este servicio (médicos clínicos y pacientes), conocer que su laboratorio de referencia asegura la máxima competencia técnica es fundamental para garantizar que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, se minimizan riesgos para la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica. El objetivo de calidad de este proyecto es exponer nuestro laboratorio clínico a una auditoria interna para el parámetro calprotectina fecal según la UNE-EN ISO 15189.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica en ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en el proceso de laboratorio de determinación de calprotectina fecal. Para ello se establecerá un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evaluarán periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

El objetivo final es el de superar la auditoria interna en un año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades se ajustan a la norma UNE-EN ISO 15189.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N)
3. Programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%

Proyecto: 2019_0402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TEs y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019
5. Registro de los distintos indicadores (TEs): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TEs) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Este proyecto no precisa más recursos materiales ni personales, de los ya existentes en el Servicio de Bioquímica Clínica, por lo que no se elabora el Plan de necesidades.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA SANGRE OCULTA EN HECES

2. RESPONSABLE MARIA SANTAMARIA GONZALEZ

- Profesión BIOQUIMICO/A CLINICO
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BANCALERO FLORES JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- ESCOBAR CONESA ROCIO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- BORAO PEREZ SARA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- VALERO YUBERO MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- GRAGERA QUESADA MARIA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- GOMEZ CUELI ANA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
- ESPAÑA HERNANDEZ LUISA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El examen o prueba de sangre oculta en heces (SOH) inmunológica permite cuantificar la hemoglobina humana fecal, con la finalidad de detectar residuos de sangre no visible en las heces de un paciente. Esta sangre puede proceder de lesiones a cualquier nivel del tubo digestivo y es con frecuencia el único signo de alarma de enfermedades colorrectales como el cáncer de colon y recto (CCR). El cribado poblacional del CCR forma parte de la estrategia de detección precoz del cáncer del Sistema Nacional de Salud, siguiendo la recomendación europea del año 2003. En Aragón, el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia inició en el año 2013 el programa de cribado poblacional de CCR que se basa en la realización bianual de esta prueba a personas de riesgo medio (50-69 años). De este modo, no solo se puede diagnosticar el cáncer de colon de manera precoz y tratarlo en sus estadios iniciales, donde la supervivencia es mucho más elevada, sino que incluso se puede evitar la aparición de la enfermedad.

Esta prueba se realiza en el laboratorio clínico que garantiza la fiabilidad de los resultados emitidos. La mejor herramienta de la que dispone el laboratorio para garantizar la competencia técnica y asegurar la calidad de la determinación de SOH es cumplir los requisitos de la Norma Por ello, el objetivo de calidad de este proyecto es incluir esta prueba dentro del sistema de gestión de la calidad del laboratorio y exponerla a auditoria interna del SALUD según la UNE-EN ISO 15189.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es cumplir los requisitos de la Norma ISO 15189 en la detección de hemoglobina fetal. Para ello se elaborará un sistema documental que incluya todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) y se definirán los objetivos e indicadores que evalúen periódicamente todas las fases y permitan la detección de errores y riesgos reales y potenciales. El objetivo final es superar la auditoria interna en un año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades se ajustan a lo establecido en la Norma UNE-EN ISO 15189.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis y de registros (S/N)
3. Seguimiento del programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado < 10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado > 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TEs y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019
5. Registro de los distintos indicadores (TEs): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TEs) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Este proyecto no precisa más recursos materiales ni personales, de los ya existentes en el Servicio de Bioquímica Clínica, por lo que no se elabora el Plan de necesidades.

Proyecto: 2019_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA SANGRE OCULTA EN HECES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ GARCIA RODRIGUEZ
• Profesión QUIMICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ LEZCANO JOSE LUIS. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• WARD MIGUEL CARLOS. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• CARBO LATORRE MARIA ANGELES. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• SOROA PINA EDURNE. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• ROYO GUALLAR ROSARIO. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• CARRASCOSA GARCIA FELISA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• PEREZ ILIARTE ANA MONTSERRAT. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El laboratorio de Urgencias del Servicio de Bioquímica Clínica del HUMS tiene una carga asistencial de unas 500 peticiones diarias. Por razones de tipo organizativo, hace años se adoptó la decisión de remitir las peticiones de análisis de Hospital de Día Oncología (HDONC) en volante urgente. Sin embargo, esto está suponiendo una penalización en los tiempos de respuesta de las peticiones realmente urgentes, ya que puntualmente se pueden llegar a recibir en un corto espacio de tiempo cerca de 100 peticiones de HDONC. Actualmente se sigue una sistemática de registro y procesamiento de muestras manual, incluyendo la centrifugación, destaponado de tubos y carga en cada uno de los analizadores correspondientes.

Se plantea, por tanto, la necesidad de descargar de este trabajo al laboratorio de urgencias y crear una vía preferente para las muestras de HDONC dentro del procesamiento automatizado de las muestras de rutina de Bioquímica General (más de 2500 peticiones/día).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Incluir las muestras procedentes del Hospital de Día de Oncología (HCONC) dentro del proceso automatizado de Bioquímica General para:

- Optimizar tiempos de respuesta en el Laboratorio de Urgencias
- Mantener los tiempos de respuesta para las muestras de HDONC
- Automatizar el proceso disminuyendo la manipulación de muestras
- Mejorar la trazabilidad del proceso
- Aumentar el tiempo de almacenamiento de estas muestras

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Priorización de entrada de las muestras de HDONC en cadena automatizada y autoanalizadores
- Elaboración de registros para el control de las demoras y tiempos de respuesta
- Elaboración registro de incidencias para estas muestras: diluciones, repeticiones, reclamaciones, etc.
- Creación de una nueva tarea para el personal técnico y facultativo en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL): Revisión de muestras de HDONC (detección y resolución de posibles incidencias)
- Cursos de formación en el sistema Power Express - Cennexus
- Realización de instrucciones técnicas para estandarizar el proceso.
- Registro de los distintos indicadores, reunión trimestral para la evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de muestras manipuladas y tipo de incidencia (coágulos, diluciones, comprobaciones, etc.)
- Demora desde llegada de las muestras hasta el registro
- Demora desde registro hasta entrada en cadena automatizada
- Evaluación de tiempos de respuesta global en función de los parámetros solicitados (Bioquímica/Inmunoquímica) y de la hora de recepción de muestras
- Comparación con los tiempos de respuesta actuales (procesamiento en el laboratorio de urgencias)
- Registros de formación del personal técnico y facultativo implicado en el proceso.
- Instrucciones técnicas realizadas
- Tiempo de respuesta del resto de muestras urgentes (comparación antes y después de la implementación de la estrategia: evolución mensual)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-abril 2019: diseño de la estrategia y registros necesarios para la evaluación de los indicadores.
- Mayo-Junio 2019. Implantación de la estrategia y obtención de datos retrospectivos de tiempos de respuesta para el procesamiento urgente
- Julio 2019 - Enero 2020. Evaluación trimestral de los indicadores e introducción de posibles mejoras
- Febrero 2020. Informe final. Resultados obtenidos para las muestras de HDONC y para el resto de muestras urgentes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAES : FUNCIONES DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE NOELIA JIMENO JIMENEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BLAZQUEZ PATRICIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• VAL GARCIA VICTORIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• ARNILLAS MARIA TERESA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• RODRIGUEZ ANA CRISTINA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• POTENTE MARIA ANGELES. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• BARRANCO MARIA DEL MAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• RIVED BEATRIZ. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

• En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio sin formación ni experiencia en quirófano. Esto despierta una de sensaciones(ansiedad, estrés, agobio..) entre el personal de nueva incorporación que dificultan el aprendizaje del puesto ocupado: hay gran variedad de aparataje, procedimientos y técnicas de las cuales el trabajo de los/as TCAES es fundamental como miembro del equipo, y que en la mayoría de las ocasiones, no se han visto ni manipulado en otros servicios. Y entre el personal con cierta experiencia en el bloque quirúrgico, hay cosas que se desconocen en cuanto a las funciones que deben hacer y cómo hacerlas dependiendo del quirófano en el que se encuentren y la especialidad que atiendan.
Por todo ello creemos que la descripción del puestos de trabajo, como herramienta que consiste en una enumeración de las funciones y responsabilidades que conforman cada uno de los puestos del centro, sería muy útil y beneficiosa para todos.
La descripción de las funciones a realizar en el puesto permite que los trabajadores realicen mejor y con mayor facilidad sus labores, si conocen con detalle cada una de los procedimientos que se realizan y los requisitos necesarios para hacerlas bien. Asimismo engloba una descripción de los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y experiencia que deberían tener las personas que lo ocupen, definiendo el perfil requerido del puesto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS GENERALES:

- Definir la funciones de las TCAE dentro de los quirófanos del Bloque quirúrgico A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
- - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
- - Conocer el material y la dotación de aparataje de cada quirófano.
- - Aprender la correcta utilización y desinfección del aparataje .
- - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componentes del equipo quirúrgico
- - Conocer las funciones de la TCAE de quirófano como miembro integrante del equipo quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- - Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

Manual realizado- SI

- Entrega del manual desarrollado entre toda la plantilla de TCAES

El 100% de los profesionales de la plantilla de TCAES tiene el manual con la descripción de las funciones.

- Entrega del manual desarrollado al personal de nueva incorporación TCAES

El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

Proyecto: 2019_1078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAES : FUNCIONES DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.

- marzo 2019

2.- Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

- 1-2º semestre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Sala de formación del Bloque quirúrgico y Proyector
- Personal del bloque experto e implicado en el proyecto
- Material de uso habitual en lo quirófanos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sin patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS TECNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE TERESA GARIN SERRANO
• Profesión TCAE
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALFAMBRA CABREJAS MARIA LOURDES. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• BOROBIA GARCES RAQUEL. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• RAULEA DANIELA MARIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• SERRANO CRESPO OLGA. TCAE. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• FRAJ RUBIO VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• MINGUEZ MORALES JUAN MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un programa de acogida específico, para las TCAEs que se incorporan al bloque quirúrgico B va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar al personal TCAE de nueva incorporación la información general más útil para su incorporación en los quirófanos
- Proporcionar información específica sobre el instrumental quirúrgico y el manejo que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería del mismo en el bloque quirúrgico
- Reducir el estrés que supone para las TCAEs la incorporación al Bloque facilitando la integración en el equipo asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Identificación de la información más relevante que precisa la TCAE para su incorporación en el bloque quirúrgico. Desarrollo de la información necesaria sobre el manejo del instrumental quirúrgico.
- Elaboración del material a presentar en las sesiones de acogida de las TCAEs
- Realización de sesiones de acogida donde se proporcionará la información necesaria para su incorporación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Elaboración del material a presentar en la acogida - Material realizado- SI
2. Sesiones de acogida realizadas en el año 2019: Para este año se realizara 1 programa de acogida ante la nueva incorporación de TCAEs.
3. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro: El 80% de los profesionales están satisfechos con la acogida realizada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Todos los miembros: Febrero 2019
2. Elaboración del material de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades. Todos los miembros: 1º semestre 2019
3. Realización de 1 sesión de acogida- 2º semestre al año ante la incorporación de nuevos trabajadores. Participan todos los miembros
4. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades. Recoge los resultados la responsable del proyecto: 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar.
5. Evaluación del proyecto de acogida- 2º semestre al año. Responsable del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS TECNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B

2. RESPONSABLE NATIVIDAD MARCELLAN RALDUA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARA MONREAL JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- AMADOR FERNANDEZ DE SIMON CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- TEJERO SAMPERIZ DIANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- GARCIA PRIETO ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- PERALES MARTINEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- SERRANO TRILLO INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- FRAJ RUBIO VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tradicionalmente, la higiene prequirúrgica de manos se ha realizado con cepillo y jabón antiséptico de Povidona Iodada o Clorhexidina, pero en la actualidad, en base a la evidencia científica, la recomendación es realizar la higiene prequirúrgica de manos con solución hidroalcohólica, por la mejor tolerancia cutánea de los usuarios y su mayor eficacia antimicrobiana que los métodos tradicionales en cuanto a la reducción de unidades formadoras de colonias (ufc) y mayor efecto antimicrobiano residual. Se ha demostrado que mantiene la microbiota debajo del guante mejor controlada que con la técnica clásica de lavado, ya que siempre se produce una nueva contaminación de la superficie de la mano al emerger los microorganismos desde sus reservorios en glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Con las soluciones hidroalcohólicas la recontaminación se retarda, obteniendo recuentos muy bajos de ufc, cercanos a cero, en improntas de dedos, incluso en intervenciones largas. Dentro de este marco conceptual es prioritario implantar las últimas recomendaciones científicas disponibles en relación a la higiene prequirúrgica de manos en el bloque quirúrgico B del HUMS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General

Implantar las soluciones de base alcohólica para el lavado de manos quirúrgico.

Específicos

Mejorar la eficacia del lavado de manos,

Disminuir las dermatitis asociadas al uso de productos de lavado convencional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos. Colocación de los mismos.
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores
6. Realización de sesiones en el área.
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Actualización del protocolo- Realizado

Elaboración sesión formativa: Realizado

Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados

Distribución cartelería/ relojes_ Realizado

Sesiones formador de formadores- Se formará al 100% de los formadores del bloque

Sesiones en bloque B- Se formará como mínimo al 50% de las enfermeras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actualización del protocolo- Enero 2019

Elaboración sesión formativa: 1º Trimestre 2019

Colocación dispensadores en área quirúrgica_ 1º semestre 2019

Distribución cartelería/ relojes_ 1º semestre 2019

Sesiones formador de formadores_ 1º semestre 2019

Sesiones en la UCSI y bloque A- 2º semestre 2019

Evaluación resultados- Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO B

Cartelería
Dispensadores

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGUA MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPERAL MUR JOSE RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· FUERTES FERRE GEORGINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en la población. Según el INE de 2017, la cardiopatía isquémica y la cerebrovascular ocuparon el primer y segundo lugar, en número de defunciones en España.

Muchos son los factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad. El control de los principales permite reducir un 20% la morbimortalidad cardiovascular. Es fundamental seguir mejorando las medidas preventivas con programas de prevención cardiovascular.

La colaboración multidisciplinar médico/enfermería entre los dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada Cardiológica (AEC) es necesaria para ofrecer este tipo de atención excelente a los pacientes cardiológicos.

En el sector sanitario II Zaragoza, esta colaboración se materializó en la creación de un grupo multidisciplinar médico/enfermería AP-AEC, encargado de consensuar protocolos de seguimiento de diferentes procesos asistenciales. Protocolos que se vehicular a todos los centros de salud (CS) a través del cardiólogo referente, en sus reuniones presenciales mensuales.

Durante el primer año se abordó el proceso diagnóstico del paciente cardiológico. En el segundo año del proyecto las áreas de trabajo son:

- Protocolización de procesos asistenciales pendientes
- Mejora en los circuitos y atención - Unidad de Hemodinámica
- Mejora en los circuitos y atención - Unidad de Electrofisiología

En esta parte del proyecto contamos con la implicación, compromiso y colaboración de los profesionales del año anterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto sigue siendo mejorar la ruta asistencial del paciente cardiológico, la atención sanitaria a tiempo y la obtención de unos resultados en salud.

Los objetivos específicos:

- Protocolización de procesos asistenciales cardiológicos pendientes
- Reducción de la demora de primeras visitas cardiológicas
- Colaboración efectiva entre AP-AEC: resolución ICV a tiempo, sesiones mensuales en CS
- Atención de pacientes cardiológicos a tiempo, sin necesidad de ingreso hospitalario
- Protocolizar indicaciones de pruebas cardiológicas
- Reducir la demora de pruebas cardiológicas
- Continuar con el proyecto check-list
- Favorecer la continuidad de los cuidados de enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Mantenimiento del grupo multidisciplinar AP-AEC, como foro de trabajo para el consenso de los procesos asistenciales cardiológicos
2. Estabilización de los cardiólogos referentes en sus determinados CS, sesiones clínicas presenciales mensuales
3. Solicitud de determinadas pruebas cardiológicas por parte de Atención Primaria
4. Realización de una jornada intersectorial AP-AEC médico/enfermería acreditada anual
5. Creación grupos de trabajo intraservicio de cardiología para la protocolización de pruebas diagnóstico/terapéuticas
6. Continuidad de proyectos asistenciales del Acuerdo de gestión clínica del Servicio de cardiología:
 - a. Proyecto Check-list
 - b. Proyecto criterios de derivación AP-AEC
 - c. Proyecto de digitalización del ECG
7. Creación de un grupo de trabajo de enfermería (dentro del grupo multidisciplinar)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =96 horas. 80-60%
Porcentaje de interconsultas resueltas de forma no presencial. = 20%

Proyecto: 2019_0045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días. =60%

Porcentaje de consultas externas presenciales con implantación de HCE y evolución clínica en la plataforma de HCE. =60%

Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días. =80%

Porcentaje de ecocardiograma transtorácico ambulatorio realizado en <30 días desde su petición. >32%

Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta. 80%

Número de pacientes con implante actual de marcapasos al que se le entrega home-monitoring en la consulta de MCP. Control sin cita. 30%

Definir protocolos de indicación diagnóstica y terapéutica en hemodinámica. 3 procesos

Definir protocolos de indicación diagnóstica y terapéutica en EFG. 3 procesos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mantenimiento reuniones del grupo multidisciplinar AP-AE (enero-diciembre)

Seguimiento con sesiones clínicas presenciales en los 18 CS del sector. (enero-diciembre)

Difusión de los protocolos consensuados en el grupo AP-AE a profesionales de AP a través de las sesiones. (enero-diciembre)

Protocolo derivación consultas monográficas: ICC y congénitas. (febrero-diciembre)

Definición de modelo consulta de enfermería en centros de salud. (febrero-diciembre)

Protocolo criterios indicación/ adecuación cateterismos cardiacos. (abril-Julio)

Cambio modelo de consulta de Marcapasos. (mayo-diciembre)

Consultas externas presenciales con evolución clínica en HCE. (mayo-diciembre)

Implantación de los protocolos realizados. (junio-diciembre)

Protocolo criterios indicación/ adecuación E. electrofisiológicos. (septiembre-noviembre)

Evaluación de resultados y propuestas de mejora. (diciembre)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los previos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FAÑANAS MASTRAL JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· GARCIA MANGAS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· SANCHO VAL ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIL PEREZ DESIRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· TIRADO ANGLAS GABRIEL ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, la colaboración de profesionales de varias especialidades.

El pasado año 2018, se constituyó un grupo de trabajo para proceder al registro de los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en nuestro centro. Se ha iniciado el registro descrito en el proyecto (2018/0780) del pasado año.

Sin embargo, hemos detectado una enorme variabilidad en el tratamiento y medidas adoptadas en paciente con esta patología.

Es importante disminuir la variabilidad en el tratamiento, mejorar el tiempo de diagnóstico y tratar de proporcionar a los pacientes con esta patología los dispositivos asistenciales más adecuados según su complejidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminución de la variabilidad en el tratamiento y manejo de los pacientes con endocarditis infecciosa en nuestro centro. Mantener activo el registro de casos para aumentar el conocimiento de esta patología en nuestro medio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Continuación del registro de casos, ya iniciado, e introducción de ajustes en su funcionamiento y mejora durante todo el año.

Elaboración de un documento de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y procedimiento de recogida y envío de muestras (hemocultivos, PCR, cultivo valvular, etc.).

Redacción de un protocolo de utilización del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

Establecimiento de un protocolo de derivación desde otros centros, de pacientes con endocarditis aguda, que requieran tratamiento quirúrgico o técnicas especiales disponibles en nuestro centro, por su condición de centro de referencia de la Comunidad.

En el mes de junio de 2019 se procederá a validar el funcionamiento del registro, introducir los cambios que se consideren oportunos y se efectuará un resumen estadístico de los casos disponibles.

Se realizará en el mes de Enero de 2020, una memoria anual que incluya las acciones emprendidas e información del registro de casos.

Establecemos un mínimo de cuatro reuniones anuales conjuntas, para consensuar protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología. Procederemos a establecer subgrupos de trabajo en cada una de las líneas indicadas.

Se realizarán sesiones o reuniones en los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes, para difusión y mejora de lo elaborado en este proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En cuanto al registro los indicadores serán: Incidencia, Número de casos registrados (>80% de la incidencia), prevalencia de cada germen (descripción en porcentaje y sensibilidad), mortalidad (total y ajustada), estancia media, Casos completados en el registro/Ingresos de cada unidad (> 80%), Mortalidad/Ingresos con EI (< 20%), Terapia antibiótica según guías/ingresos EI (> 95%), EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales (< 5%), EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales (< 5%).

Elaborar recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y recogida de muestras: Documento de Consenso y Procedimiento de envío de muestras. Protocolo sobre el uso de la ecocardiografía en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con endocarditis.

Protocolo de derivación desde otros centros de pacientes que requieran cirugía o técnicas no disponibles en otros centros en pacientes con endocarditis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

El registro de casos se mantendrá activo con comunicación a los jefes de servicio de los diferentes servicios implicados de los datos estadísticos más relevantes.
En la parte de la protocolización: Durante el presente año 2019, se iniciará la confección de las recomendaciones y protocolos antes referidos.
Desarrollo de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico antes del final de 2019.
Protocolo publicado antes del primer trimestre de 2020 sobre solicitud de Ecocardiograma transtorácico y transesofágico.
Protocolo publicado antes de primer trimestre de 2020 sobre derivación desde otros hospitales de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Contamos con la colaboración del Dr. Tirado, miembro de la U de Cuidados Intensivos del H. Royo Villanova para asesoramiento y desarrollo del registro.
Es preciso contar con una carpeta en un servidor centralizado con acceso a todos los usuarios del proyecto.
Sería conveniente contar con la colaboración del personal administrativo de cada servicio para recolectar información para el registro.

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

2. RESPONSABLE MARIA LASALA ALASTUEY
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• PEREZ GUERRERO AINHOA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• GIL HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• GASCON LUCIENTES LORENA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada del Hospital Miguel Servet se dispone del Hospital de día de Cardiología, que es una unidad de tratamiento intravenoso en turno de mañanas para pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC), diferente a las camas de hospitalización convencional de la Unidad de IC y del Servicio de Cardiología.

Se detecta en nuestro servicio de Cardiología falta de unificación de criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, lo cual puede facilitar la labor asistencial al área de Cardiología de Hospitalización y de consultas Externas de Cardiología, pues todos los pacientes derivados a las consultas de la Unidad de IC deben haber sido valorado previamente por un cardiólogo. Además se ha detectado la necesidad de protocolizar el manejo habitual que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales para alcanzar el máximo nivel en la práctica clínica: manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca, protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente, titulación de dosis de fármacos y protocolización de la administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo. La realización de educación al paciente para el autocuidado es un elemento imprescindible en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca y trasplante, labor realizada por las enfermeras expertas en IC de nuestra Unidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro proyecto se dirige a la población con insuficiencia cardiaca que se pueda beneficiar de un manejo en la Unidad de Insuficiencia cardiaca avanzada:

- Estandarizar los criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, tanto a las consultas de Hospital de día de IC como a las consultas externas de insuficiencia cardiaca.
- Establecer los pacientes que se puedan beneficiar de estancia en sillones de Hospital de día de IC:
 - o CON OBJETIVO PALIATIVO: Para disminuir el número de ingresos hospitalarios convencionales por descompensaciones y procesos congestivos y así disminuir la asistencia a urgencias y las consultas con atención primaria y por ello mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
 - o CON OBJETIVO TERAPEUTICO: Para titulación y optimización de fármacos, mejorar la situación clínica y hemodinámica de pacientes que van a someterse a cirugía cardíaca y así minimizar el riesgo quirúrgico, iniciar y continuar educación sanitaria para el paciente y cuidadores. O pacientes que tras optimización de tratamiento puedan ser candidatos a otras medidas terapéuticas avanzadas (trasplante, mitraclip, resincronización, etc)
- Protocolizar las actividades que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales:
 - o Manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca.
 - o Protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente.
 - o Titulación de dosis de fármacos.
 - o Administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo.
 - o Educación para autocuidado de pacientes/familiares de pacientes con IC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Está previsto realizar el protocolo de Hospital de día de insuficiencia cardiaca y el establecimiento de criterios de derivación a consultas de la Unidad de IC avanzada antes de Julio 2019 por parte de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet. Posteriormente será consensuado en las reuniones de trabajo pertinentes con el Servicio de Cardiología del HUMS. Tras aprobación del servicio se prevé la difusión y publicación del protocolo para extender su aplicación. El coste de la aplicación de este proyecto de mejora es 0 desde el punto de vista económico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realización del protocolo de hospital de día y establecer los criterios de derivación a consultas de IC

Proyecto: 2019_0392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

avanzada.

- Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC que cumplan criterios de derivación en 1 mes / Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC en 1 mes > 90%
- Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes a los que se les realiza educación para autocuidado de IC/ Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes > 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Realización de protocolo de Hospital de día de IC y criterios de derivación a las consultas de IC prevista su realización por la Unidad de IC avanzada de Marzo de 2019 a Julio 2019.
- Consenso Servicio de Cardiología HUMS previsto Agosto-Septiembre 2019.
- Solicitud de aprobación como protocolo del HUMS.
- Difusión del protocolo, valoración de su aplicación durante los meses de Octubre 2019 a Febrero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto sin coste económico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0777 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- LAPERAL MUR JOSE RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- BRUN GUINDA DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- AURED GUALLAR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SAMPEDRO FELIU ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- ORTAS NADAL MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los paises desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, su prevalencia está aumentando.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes. La fragmentación en la atención de los pacientes por una misma enfermedad dificulta que una actuación diagnóstica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población con enfermedad cardiovascular de nuestro sector.

Los objetivos que queremos alcanzar son:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio, con una atención especializada a tiempo y adecuada a cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
- Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
- Crear una consulta de enfermería "cardiológica" en Atención primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Mantenimiento del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico médico y enfermería con sus reuniones periódicas mensuales, levantando actas que, posteriormente, son enviadas a todos los miembros.
2. Continuar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes pendientes: insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías, dentro del grupo multidisciplinar
3. Vehicular todos los protocolos compartidos consensuados a cada CS de nuestro sector a través del cardiólogo referente
4. Realizar al menos una reunión formativa intersectorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
5. Mantener las reuniones mensuales de los cardiológicos referentes en cada uno de los 18 CS del sector sanitario Zaragoza II
6. Seguir utilizando la interconsulta virtual (IV) como el medio principal de comunicación AP-AE
7. Poner en marcha de la consulta de diagnóstico rápido en el HUMS, tras su protocolización

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia (si/no)
- Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%)
- Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%)
- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido

Proyecto: 2019_0777 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

resueltas en =15 días (estándar =80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 1 de abril de 2019. Prevista su finalización: marzo de 2020

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca - abril 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular - mayo 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no) - junio 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no) - septiembre 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia - octubre 2019

Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

El proyecto es la continuación del proyecto del mismo nombre PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE 2018_1208

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ANTONIO MIÑANO OYARZABAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- TEJIDO SIGÜENZA MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidados post hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba. La mayoría de nuestros pacientes (84% en la memoria de seguimiento del año 2018) reciben recomendaciones personalizadas. Proponemos continuar mejorando las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispone del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto. En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: "seguimiento por su especialista de área", que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias. En el año 2018 se ha conseguido en una mayoría de los informes (89% en la memoria de seguimiento del año 2018) evitar remitir directamente al cardiólogo de área sin otra información añadida. De cara a un adecuado seguimiento de los pacientes se procurará establecer en los informes de alta los plazos recomendados para su próxima revisión en consultas. Se priorizará la vía de la interconsulta virtual, como vía de acceso a la consulta en Atención especializada. Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas y solicitar pruebas previas.

Vamos a continuar revisando, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias o estén duplicadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
- Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de la interconsulta virtual desde Atención Primaria especificando en los informes de alta los plazos recomendados para dichas citas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase "control por su cardiólogo habitual/de área" de los informes de altas hospitalaria.
- En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase "citación a cardiología a través de la interconsulta virtual" especificando el plazo en el que se considere necesario dicha revisión.
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con la frase de general e imprecisa de "revisión por su cardiólogo de área" en el apartado de recomendaciones / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes determinado x100 - (estándar<15%)
- Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con revisión de buzón/citación de consultas externas de cardiología / todas las altas realizadas en el servicio durante el periodo de evaluación x100 - (estándar >90%)
- Números de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con recomendaciones de cuidados post-hospitalización específicos relacionados con su patología / todas las altas realizadas en el servicio durante 1

Proyecto: 2019_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

mes determinado x100 - (estándar>85%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Continuar proyecto iniciado en Junio 2018. Prevista su finalización: Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0934 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC

2. RESPONSABLE TERESA OLORIZ SANJUAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO GALIANO NAIARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- SANTAMARIA LUNA EVA. ENFERMERO/A. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA (IIS). CARDIOLOGIA
- ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- ORTAS NADAL MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

El total de ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.

El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva. Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio, así como en un examen de salud.

Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo, el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.

Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida. El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica.

La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual mejorando la calidad asistencial, así como la reducción de costes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.

Objetivos Específicos

Continuar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, CCMEE del sector y Hospitalización. Ayudar en la toma de decisiones y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología.

Colaborar en la realización del preoperatorio.

Optimizar el empleo de la interconsulta virtual.

Favorecer y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en el seguimiento del paciente crónico.

Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados.

Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación.

Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los aparatos de ECG compatibles disponen de manera opcional de una pistola lector de código de barras que es necesaria para la identificación del paciente por el AR, paso que es imprescindible para que el ECG llegue a su HC. Así mismo este aparato debe estar conectado a una red wifi o cable de internet.

Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto. Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, Hospital Infantil (Cex), Maternidad (preoperatorios), Pruebas Funcionales de Cardiología, Hospital de Semana, REA.

La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMEE. Estándar $\geq 95\%$

- Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019. Estándar 13%

- Incremento de la digitalización ECG en hospitalización. Mantenimiento y mejora del ECG ambulatorio.

Estándar 40%

- Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud.

Estándar $< 5\%$.

- Mejora de la resolución de interconsulta virtual desde AP a AE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 1 febrero del 2018

Actualmente en activo: si

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0934 (Acuerdos de Gestión)**

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC

Prevista su finalización: 1 febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.
El Área de Pacientes Externos (Cex) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.
Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

2. RESPONSABLE JUAN PABLO GOMOLLON GARCIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MORENO ESTEBAN EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• LAPUENTE GONZALEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• SAGARRA MUR DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• TEJIDO SIGÜENZA MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las Unidades de Ictus creadas por los Servicios de Neurología han supuesto un avance fundamental en el tratamiento del Ictus. El ictus tiene origen cardioembólico en más de una cuarta parte de casos. Es también el más accesible a una prevención eficaz de las recurrencias, pues a las medidas generales se añade el tratamiento anticoagulante oral en las personas que padecen fibrilación auricular o presentan alguna condición cardioembólica. En la actualidad se efectúa la valoración cardiaca con carácter individual. Para mejorarla pretendemos sistematizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esos casos de origen cardiaco del ictus. Ello incluye la detección de fibrilación auricular paroxística no evidente y de patología estructural cardiaca en pacientes con ictus. Dentro del algoritmo diagnóstico de valoración cardiaca del ESUS (Ictus cardioembólico de origen indeterminado) incluimos así la realización de ecocardiografía, técnica más sencilla y accesible que la ecocardiografía, eficiente y a pie de cama del paciente para descartar la presencia de estos procesos o, indicar la realización de ecocardiografía en casos seleccionados. La introducción de esta técnica ya se ha llevado a cabo en unidades de Ictus, y está avalada ya por Consensos de las Sociedades Científicas de Cardiología y Neurología. Se pretende mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento de los aspectos cardiacos del proceso de ictus, una mejora y protocolización de la colaboración entre ambos Servicios y una optimización en el uso de los recursos diagnósticos del Servicio de Cardiología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto está dirigido a mejorar la calidad asistencial en la realización de pruebas cardiológicas del paciente con ictus en nuestro sector, pretendiendo:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente ingresado en el Servicio de Neurología de nuestro hospital tras sufrir un ictus, mediante una atención especializada cardiológica a tiempo y adecuada a las necesidades de cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente el servicio de Neurología y Cardiología del HUMS
- Evitar traslados intrahospitalarios innecesarios al realizar las pruebas a pie de cama, en pacientes con, en ocasiones, importantes dificultades motoras.
- Disminuir la demora en el diagnóstico de enfermedad cardiovascular estructural y arrítmica en el paciente que ha sufrido un ictus.
- Disminuir la demora en la realización de ecocardiogramas transtorácicos complejos en la Unidad de Pruebas funcionales cardiológicas
- Posibilitar el alta temprana de los pacientes susceptibles

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Formar parte activa del grupo multidisciplinar del proceso del ictus en el hospital
2. Determinar un cardiólogo coordinador que actúe de nexo de unión entre los servicios y entre las secciones del servicio
3. Protocolizar la actuación y determinar los circuitos de solicitud de pruebas en estos pacientes de forma consensuada entre los dos servicios y entre unidades
4. Realizar ecocardiografía a pie de cama como parte de actividad de interconsulta por parte de cardiólogos clínicos de hospitalización y de Pruebas funcionales
5. Crear una agenda de ecocardiogramas transtorácicos específica en la planta de hospitalización
6. Implantar el uso del Holter-ECG de 48 horas durante el fin de semana
7. Acudir de forma periódica a las reuniones mensuales de grupo del ICTUS en el hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Protocolización de la colaboración cardiológica en el proceso del ictus, así como establecer circuitos (estándar: si/no)
- Porcentaje de realización de ecocardiografías en los ictus susceptibles de ecocardiograma transtorácico (sin test positivo a paso de burbujas en DTSA) como primera herramienta diagnóstica (estándar = 80%)
- Porcentaje de realización de ecocardiografía solicitadas en = 48 horas (estándar = 60%)

Proyecto: 2019_1146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

- Porcentaje de reducción de ecocardiogramas transtorácicos solicitados desde el S. de Neurología por ictus y realizados en la Unidad de pruebas funcionales del Servicio de Cardiología, con respecto a el mismo periodo del año 2018 (estándar = 40%)
- Porcentaje de realización de Holter-ECG 48 horas durante el fin de semana (estándar = 25%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 2 de mayo de 2019. Prevista su finalización: abril de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

No específicos. Sólo reorganización de recursos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DE ATENCION AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIA TERMINAL

2. RESPONSABLE ALEJANDRA RUIZ ARANJUELO
- Profesión MIR
 - Centro H MIGUEL SERVET
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CABALLERO JAMBRINA ISABEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - JIMENO SANCHEZ JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - PEIRO AVENTIN BELEN. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - DE LAS CUEVAS LEON DAVID. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - ALONSO VENTURA VANESA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
 - HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares afectan a millones de personas en el mundo y siguen siendo la primera causa de mortalidad en nuestro país.

A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos experimentados en el área de cardiología en los últimos años, existe un porcentaje no despreciable de pacientes con patología cardiovascular avanzada sin posibilidad de opciones terapéuticas curativas. Por otra parte, el aumento progresivo de la esperanza de vida en los países occidentales ha condicionado que muchos pacientes ancianos desarrollen algún tipo de enfermedad cardiovascular al final de la vida.

Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a disponer de una serie de cuidados y atenciones, entre ellos, no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer su situación, opinar sobre posibles intervenciones y recibir asistencia psicoespiritual. Los cuidados paliativos deben dirigirse al control de los síntomas tras el diagnóstico de una enfermedad incurable y no iniciarse en la fase de agonía. O lo que es lo mismo, priorizar el tratamiento sintomático frente al tratamiento curativo, ya que, en muchos casos, estos pacientes son sometidos a tratamientos y procedimientos diagnósticos no necesarios, que lejos de mejorar, empeoran la calidad de vida de estos pacientes, además de consumir recursos sanitarios innecesarios.

Este tipo de cuidados están poco desarrollados en el ámbito de la enfermedad cardiovascular terminal a diferencia de otro tipo de enfermedades como las oncológicas.

Una de las decisiones más difíciles de adoptar es determinar la orden de no reanimar. Orden clínica que se fundamenta en dejar de aplicar una reanimación cardiopulmonar en caso necesario. La decisión de no reanimar debe figurar explícitamente en la historia del paciente con cardiopatía terminal tras ser consensuada con el paciente (si es posible), su familia y el cardiólogo responsable.

Existe evidencia en la literatura de que los pacientes que conocen su diagnóstico y su pronóstico, participan más en la toma de decisiones y tienen un mejor control sintomático, aunque no todos quieren información o tener que decidir.

Aunque, como ya se ha comentado, los cuidados paliativos de los pacientes con cardiopatía terminal no deben reservarse para los últimos momentos de la vida, el proyecto que presentamos, no obstante, se fundamenta principalmente en la última fase de la enfermedad, incluyendo la fase de la agonía, momento en el que el paciente está muy próximo a la muerte (días u horas). Creemos que es necesario redefinir los objetivos terapéuticos en la atención de los pacientes que se encuentren en esta fase terminal de la enfermedad, no siempre bien entendidos y enfocarlos exclusivamente al mayor confort posible del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto va dirigido a los pacientes con cardiopatía severa, grave y situación terminal que ingresen a cargo del Servicio de Cardiología del HUMS.

- Disponer de un mayor conocimiento de la enfermedad cardiovascular terminal.
- Conseguir el máximo bienestar del paciente con enfermedad cardiovascular terminal desde un punto de vista integral.
- Homogeneizar los cuidados proporcionados al final de la vida.
- Establecer el marco ético y legal en el que vamos a llevar a cabo nuestra actividad asistencial en el paciente terminal.
- Instruir a los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en fase terminal.
- Contribuir al uso adecuado de los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Protocolización del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal.
- Definir un procedimiento de sedación paliativa, consensuado con el paciente y la familia.
- Poner en marcha un registro de los pacientes con implante del protocolo de cuidados paliativos para su posterior evaluación periódica
- Realizar al menos dos sesiones en el servicio
- Definir una encuesta de satisfacción para entregar a la familia al final del proceso
- Detectar pacientes que dispongan de documento de voluntades anticipadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_1371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIA TERMINAL

- Realizar un protocolo del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal (estándar: si/no)
- Realizar un protocolo de implantación de sedación paliativa (estándar: si/no)
- Realizar dos sesiones clínicas formativas en el servicio (estándar: si/no)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa y registro de su situación, así como decisión terapéutica consensuada en la historia clínica / Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal (estándar = 80%)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa, con entrega de la encuesta de satisfacción a la familia/ Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa (estándar = 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Del 1 de mayo de 2019 al 31 de marzo de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los propios de la actividad asistencial.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

2. RESPONSABLE MARIO SERRADILLA MARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- SANZ PARIS ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIETETICA Y NUTRICION
- PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- LARA MORENO NURIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- MORATA CRESPO BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía hepatobiliopancreática es una área de la Cirugía General compleja, con intervenciones técnicamente difíciles y con una morbilidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de rehabilitación multimodal en estos pacientes tal y como ha quedado demostrado en la literatura científica, supone una disminución de esta morbilidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una disminución importantes de los costes sanitarios. En 2018 creamos un Grupo de Trabajo de Rehabilitación Multimodal en Cirugía Hepatobiliopancreática y desarrollamos el protocolo de cirugía pancreática, que comienza a aplicarse en breve. Estamos finalizando el protocolo de cirugía hepática que pondremos en marcha una vez terminado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Análisis de la morbilidad perioperatoria facilitada por Control de Gestión del HUMS.
Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basa en la evidencia científica existente.
Difusión de las guías a los servicios implicados.
Implementación de las guías en la práctica clínica.
Creación de bases de datos prospectivas.
Fomentar la publicación de los resultados en revista de impacto.
Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media de un 10%.
Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Obtención de morbilidad en cirugía hepatobiliopancreática de los años 2015 y 2016 a través de Control de Gestión del HUMS. Revisión de la bibliografía existente (Medline, Cochrane, Embase) por cada uno de los componentes del equipo. Cada uno desarrolla su parte del protocolo según su especialidad. Se realizan reuniones mensuales desde el mes de octubre de 2018 para actualización y puesta al día. Una vez finalizado el protocolo se realiza presentación del mismo a todos los miembros de los servicios implicados. Se trabaja inicialmente en el protocolo de cirugía pancreática (dada su morbilidad) y posteriormente en el de cirugía hepática.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores en cirugía pancreática: hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quillosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones médicas.
Indicadores en cirugía hepática: hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
Fuente de control: Control de Gestión del HUMS.
Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%, mortalidad < 10%.
Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%, mortalidad < 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se estima una duración de 2 años desde el inicio (junio 2018). Cronograma
Junio 2018: constitución del grupo.
Julio-septiembre 2018: revisión de la bibliografía.
Octubre-noviembre 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
Diciembre 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
Enero 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
Abril-mayo 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.
Mayo-junio 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
Julio 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
Enero-febrero 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
Junio-julio 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Datos de morbilidad aportados por Control de Gestión y Servicio de Documentación del HUMS. Creación de un

Proyecto: 2019_1264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

Grupo de Mejora (ya constituido). Aprobación de los protocolos por los distintos servicios implicados. Apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón para análisis estadístico y divulgación de resultados obtenidos (Apoyo en la elaboración de artículos científicos).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1383 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• MATUTE MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• SANTERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• DE MIGUEL MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• BUENO ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• NOGUES ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• SANCHEZ NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Su origen es multifactorial y de curso crónico con brotes de mayor actividad y periodos asintomáticos. Al ser incurables en el momento actual, los tratamientos actuales se orientan a mantener la remisión clínica pero un 70% de pacientes con EC y 30% con CU precisaran cirugía (en España 5000 pacientes al año). Las Unidades de Cirugía Colorrectal (UCC) deben homogeneizar sus procedimientos con protocolos actualizados e integrarse en Unidades Asistenciales Integrales (UAI) para reducir la variabilidad organizativa y terapéutica. En este marco de actuación el 6 de marzo de 2018 el Hospital Universitario Miguel Servet inicia el proceso de reconocimiento de la UAI de EII en el que los cirujanos colaboran planteándose algunas líneas de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1) Integración de la UCC en su UAI de referencia. La reducida población aragonesa hace necesaria la concentración de esta patología en centros de referencia para acumular experiencia en los casos más complejos. En Aragon existen la UAI del HCU y la del Hospital Miguel Servet. Nosotros hemos intervenido en lo tres últimos años 74 pacientes, 55 con cirugía abdominal y 19 con problemas anorrectales. En 2018, 12 pacientes requirieron cirugía abdominal compleja y la tendencia es al alza, algunos con sucesivas cirugías.

2) Metodología Interdisciplinar trabajando con gastroenterología, radiodiagnóstico, farmacia hospitalaria, dermatología, reumatología, ginecología obstetricia, enfermería, nutrición, anatomía patológica y psicología. Se realizan sesiones conjuntas periódicas y trabajo de interconsulta continuado.

3) Atención personalizada: Los pacientes demandan a los cirujanos un conocimiento personalizado de sus historias clínicas, acceso a tratamientos nuevos e innovadores, menos dolorosos y menos agresivos y una atención continuada.

4) Gestión eficiente de los recursos quirúrgicos: reducción de listas de espera quirúrgicas, atención continuada del equipo de EII y soporte informativo y administrativo para ciertas fases de la vida de los pacientes (asesoramiento sobre embarazo, apoyo en viajes, etc).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar los cambios necesarios en la estructura organizativa (intervenciones quirúrgicas preferentes), asignación de profesionales (cirujanos experimentados) o cambios de funciones entre áreas o niveles asistenciales (coordinación de derivaciones y traslados de otros centros)

Ofertar mejoras en los servicios y prestaciones a los pacientes: cirugía laparoscópica en EII, resolución de fístulas, pared abdominal compleja, estomas comprometidos, etc.

Cambios en los procesos: crear o modificar protocolos y procedimientos en relación a la EII.

Formación y comunicación: Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia

Colaboración y red de contactos: Fomentar la interacción entre profesionales y entre éstos y los pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro actualizado de los pacientes intervenidos por EII: mensualmente

Seguimiento de cáncer colorrectal en EII: 100%

La indicación quirúrgica debe hacerse en comités de EII y con el paciente: 100%

Cirugía electiva realizada exclusivamente por cirujanos de la UCC. Previstas > 15

Entrevista con un enfermero/a especializado en ostomías: circuito de estomas en el 100%

Formación: una actividad relacionada al año, 90% del equipo

Reservorios ileoanales: recomendado con cirujanos con un mínimo de 10/año pero asumible por la larga experiencia en cirugías de oncología pélvica

Tasas de morbilidad grave en programada con ingreso en UCI < 5%

Mortalidad en cirugía electiva <2%

Proyecto: 2019_1383 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto tiene un marco temporal de 1 año, con auditoría de resultados y ciclo de mejora continua.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La UCP está formada por un equipo de 9 cirujanos, 6 con permanencia mayor de 3 años. Disponemos de 30-35 quirófanos mensuales además de un quirófano de Urgencias. La capacidad de programación de patología benigna está supeditada al cumplimiento de plazos de 30 días para cáncer colorrectal. Precisamos material de laparoscópica y prótesis biológicas o sintéticas especiales para reparación de pared compleja, disponibilidad de REA o UCI, colaboración con Servicio de nutrición, fisioterapia, digestivo, etc. Tiempo de consultas de estomas y en hospitalización.

10. OBSERVACIONES.

Bibliografía: Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal . GETTECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) y normas de acreditación de la CUE.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABETICO

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELSO GIL ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOBERA MOLINA FERNANDO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· CAYON GELI CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LEGASA PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· RAMOS NOGUERAS CONSUELO. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La DM es una condición de hiperglicemia prevalente en la población y quienes la padecen tienen mayor probabilidad de requerir una cirugía en algún momento de su vida.

Es reconocido que la cirugía produce respuesta a estrés en el paciente, desencadenando un desbalance de hormonas y citoquinas, favoreciendo un aumento de la glicemia, glucagón, catecolaminas, cortisol y resistencia a la insulina, lo que resulta en el desarrollo de hiperglicemia intra y/o postoperatoria. Se ha demostrado que la hiperglicemia es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones postoperatorias y de complicaciones cardiovasculares, alterando la respuesta inmune y produciendo un estado proinflamatorio en el período perioperatorio.

Por todo esto creemos necesario protocolarizar el tratamiento preoperatorio de estos pacientes, para evitar en ellos situaciones de hipo o hiperglicemias que darían lugar a mayor probabilidad de complicaciones y morbilidad. En el momento actual existen protocolos complejos de manejo del paciente diabético, desmesurados para determinadas cirugías o poco adaptados para pacientes que precisan nutrición enteral, por lo que creemos que es necesario tener un protocolo propio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mediante la realización de un protocolo de manejo preoperatorio del paciente diabético en Cirugía Oral y Maxilofacial, se conseguirá: un mayor control de la glucemia de estos pacientes, disminuir la variabilidad de pautas, y, por tanto, minimizar las complicaciones derivadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará un protocolo para el manejo de estos pacientes en nuestro Servicio, con publicación en Intranet. Se coordinará con la Unidad de Nutrición y el Servicio de Endocrinología. Se informará de ello a responsables y personal de la planta y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se debe aplicar el protocolo a todo paciente diabético que ingrese en nuestro Servicio para una intervención quirúrgica. Para su evaluación se realizará revisión de Historias clínicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril-Mayo 2019: Redacción de protocolo.
Junio-Julio 2019: Aprobación de protocolo.
Septiembre-Octubre 2019: Implantación de protocolo.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias Clínicas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Redacción, aprobación y publicación del protocolo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIROFANO DE LOCALES DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• LOBERA MOLINA FERNANDO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• GALLEGO SOBRINO ROCIO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• DELSO GIL ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
• HERNANDEZ ALONSO TERESA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En nuestro Servicio se realizan de 13 a 15 intervenciones de Cirugía Oral al día. El paciente, tras una intervención de este tipo recibe un informe del tratamiento realizado y se le dan las recomendaciones a seguir en los días de postoperatorio. Estamos realizando una nueva hoja informativa que explica éstas de forma más simplificada para mayor comprensión del paciente. En estos casos la información que se proporciona es mucha y creemos necesario que el paciente pueda consultar un documento ante las dudas que le surjan. Con estas medidas se proporciona información necesaria para la aplicación de cuidados domiciliarios que previenen la inflamación, mejoran la analgesia y evitan complicaciones postoperatorias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realización de hoja de recomendaciones postoperatorias en cirugía oral de fácil comprensión por el paciente. Entrega de la misma a todos los pacientes que se hagan una intervención de cirugía oral para la aplicación de tratamiento domiciliario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una hoja informativa para los pacientes que van a ser intervenidos en quirófano local de Cirugía Oral y Maxilofacial. Se informará de ello a responsables y personal del quirófano local y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se debe entregar la hoja de recomendaciones a todo paciente que se realice una intervención en nuestro quirófano de locales. Control de reparto de hoja informativa y confirmación de pertinencia en pacientes de visitas sucesivas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril-Mayo 2019: Redacción de hoja de recomendaciones.
Junio-Julio 2019: Comienzo de entrega de hojas a pacientes intervenidos.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias Clínicas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Redacción, información al Servicio y entrega de hoja en quirófano de locales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades derivadas de los dientes, Enfermedades de cavidad oral
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEHOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ NOGUE LUIS. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PINILLA GRACIA CRISTIAN. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA
· POLO PELLICENA MARCOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BRICIO MEDRANO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Esto supone un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que sufren una demora de su intervención quirúrgica de unos 5 y 10 meses, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos de nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, actualmente, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, lo que supone una estancia hospitalaria de 2 días.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Disminuir el número de pacientes en lista de espera por cirugía artroscópica de hombro y reducir la demora existente.
 2. Mejorar la calidad percibida por el paciente evitando la necesidad del ingreso hospitalario, conservando la seguridad en el procedimiento mediante la adecuada selección de casos susceptibles de ser intervenidos en cirugía ambulatoria.
 3. Mejorar la eficiencia del procedimiento quirúrgico mediante la disminución del coste asociado al ingreso hospitalario.
 4. Realización de cirugías de patologías susceptibles de ser intervenidas en CSI como síndrome subacromial, tendinitis calcificante, luxación recidivante y roturas simples del manguito rotador.
- POBLACIÓN DIANA Población general con patología de hombro susceptible tratamiento artroscópico.
OFERTA DE SERVICIOS Ofertar cirugía sin ingreso para patología de hombro que requiera tratamiento mediante artroscopia implicando al Servicio de Traumatología, Anestesia y enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Ofertar cirugía sin ingreso en patología de hombro que requiera tratamiento mediante artroscopia como alternativa al ingreso programado.
Continuar el proyecto en curso incidiendo en 2 nuevas indicaciones: luxación recidivante y roturas simples del manguito rotador, que suponen el 50% de la cirugía artroscópica de hombro intervenida en este centro. El año pasado, por problemas de instrumental y asignación de quirófanos, se inició esta ampliación de una forma casi testimonial. La Unidad de Hombro y Codo sufrió cambios estructurales que dificultaron el proceso. Con este efecto realizamos este proyecto aprovechando el iniciado previamente, mejorándolo y ampliándolo.
Se ha elaborado, junto con el Servicio de Anestesia, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de CSI.
Hay que dotar al quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe pero está deteriorado y se va a reponer. Tenemos el compromiso de que en un corto periodo de tiempo estará a nuestra disposición.
El proyecto continúa en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante y roturas simples del manguito rotador además de las indicaciones previas. Posteriormente el paciente debe asistir a la consulta de Anestesia, donde se evalúa si cumple los criterios para inclusión en el programa de CSI.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, permitiendo el alta el día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio.
Al alta el paciente recibirá un informe escrito en el que se consignarán las órdenes a seguir, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en consulta de Traumatología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para monitorizar el proyecto se usan 3 indicadores:
1. artroscopias hombro CSI/artroscopias hombro totales.
2. N° de pacientes LEQ Hombro con demora > 6 meses.
3. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso
Los índices se evaluarán con una periodicidad de 12 meses.

Proyecto: 2019_0067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEHOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Los datos se obtienen de la historia clínica, base de datos de la Unidad y libros de quirófano y planta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Consenso con el S° de Anestesia para tipo de paciente y patología a incluir. (REALIZADO)
2. Elaboración del protocolo y guía para el paciente con indicaciones pre y postoperatorias de Traumatología y Anestesia. (YA EN FUNCIONAMIENTO PARA SÍNDROME SUBACROMIAL Y TENDINITIS CALCIFICANTE Y COMENZANDO PARA LUXACIÓN RECIDIVANTE Y ROTURA DE MANGUITO)
3. Adiestramiento en artroscopia de hombro a enfermería. (REALIZADO EN PATOLOGÍAS SIMPLES. PENDIENTE PARA ROTURA DE MANGUITO)
4. Material necesario para su realización en quirófano. (APROBADA LA COMPRA)
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI. (REALIZADO)
6. Realización de cirugía artroscópica en CSI. (YA REALIZADO PARA SÍNDROME SUBACROMIAL Y TENDINITIS CALCIFICANTE, INICIADO PARA LUXACIÓN RECIDIVANTE Y ROTURA DE MANGUITO ROTADOR)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ver 8

10. OBSERVACIONES.

La duración del proyecto puede ser ilimitada una vez instaurado.
Este proyecto puede ser aplicado en otros centros que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar Cirugía sin Ingreso y cirugía artroscópica de hombro.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Sustitución por CMA u otras

Proyecto: 2019_0086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

2. RESPONSABLE VICTORIA EUGENIA GOMEZ PALACIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MALLEN ALBIR JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEÑA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· SORIANO GRANELL REBECA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· MUÑOZ DE LA TORRE ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· GIL ALBAROVA JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARAGÜES BRAVO J CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREYECTO.

Las fracturas supracondíleas de húmero, son las más frecuentes en el codo del niño y las segundas más frecuentes en general. Por lo que supone un gran reto para obtener los mejores resultados tras el tratamiento. Las posibilidades en el tratamiento de las mismas, van desde un tratamiento conservador mediante una escayola braquio-palmar, hasta un tratamiento en quirófano mediante reducción y osteosíntesis de la fractura. Tan importante es el tratamiento ya sea con escayola, o de forma quirúrgica. Como es el seguimiento de las mismas. Para obtener unos mejores resultados. Un punto importante es conseguir un balance articular lo más completo, para evitar secuelas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto, es:

- Intentar mejorar el balance articular del codo, mediante la recomendación de ejercicios de rehabilitación del codo en el niño, en la consulta de traumatología infantil, tras la retirada de la escayola.
- Disminuir el número de derivaciones a la consulta de la sección de rehabilitación infantil.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y familias, con un seguimiento más completo y exhaustivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- a) Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con ejercicios de rehabilitación del codo, con dibujos explicativos para los niños, para mejorar el balance articular tras la retirada de escayola. Y que sea útil, para un seguimiento correcto post- tratamiento.
- b) Se pasará un cuestionario de valoración, en la consulta de revisión, para testear la efectividad de dicha infografía. Que será contestado por padres/tutores junto con el niño, sobre la ayuda que ha representado tener dichos ejercicios en soporte físico, para el correcto seguimiento. Y su idoneidad. Dicho cuestionario, tendrá diferentes apartados que se contestaran de forma numérica del 0 al 10.
- c) Se pasará a los padres/ tutores un consentimiento informado, de participación en dicho proyecto. Explicando proceso y objetivo del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se contabilizará los resultados de los cuestionarios de valoración, recogidos en la consulta, al analizar el balance articular del codo del niño. Y de allí se desprenderán la utilidad de esta infografía en la mejora en la rehabilitación del codo del niño, en su balance articular.

Se emitirá un informe del resultado tras el análisis de estos cuestionarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: mayo 2019.

Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.

Evaluación final: diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos materiales; material de oficina (folios e impresora).
- Recursos personales; la infografía, cuestionarios y consentimientos, será recogido por el personal de la consulta (médicos, auxiliares de enfermería), que participan en este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que el consentimiento para la participación en el proyecto, será aceptado y firmado por los padres o tutores.

Proyecto: 2019_0086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con fractura supracondilea de humero
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

2. RESPONSABLE JORGE GIL ALBAROVA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MALLÉN ALBIR JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SORIANO GRANEL REBECA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
- BOSQUE GRACIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
- MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tratamiento de las fracturas en los niños, pasa muy frecuentemente, por la colocación de una escayola. Dicha inmovilización escayolada, necesita unos cuidados propios. Porque el deterioro de la misma, supone un incorrecto tratamiento de la fractura, con un resultado futuro que se puede ver afecto por el deterioro de esta. Por tanto, una educación sobre el correcto cuidado de la escayola, será un punto positivo para el resultado final en el tratamiento de las fracturas en la infancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Intentar aportar información sobre los cuidados que requiere una escayola, tras su colocación para el tratamiento de una fractura.
- Explicar cómo ciertas actuaciones (mojar escayola, rascarse con objetos punzantes...), puede alterar el resultado final en el tratamiento de la fractura. Añadiendo complicaciones, que con el seguimiento unas correctas normas, no suelen aparecer.
- Evitar que con responsabilidad sobre el cuidado de la escayola, no surjan visitas al servicio de urgencias, por deterioro de la escayola, aparición de heridas... Disminuyendo la actividad asistencial innecesaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con dibujos sobre los puntos a tener en cuenta, para el correcto cuidado de la escayola, una vez se coloca tanto en el servicio de urgencias del Hospital Infantil, como en las consultas externas de traumatología infantil.

La iconografía se adaptará con dibujos y explicaciones, para niños, a los que va dirigido este proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se contabilizará si dicho tríptico con explicaciones sobre cuidados de la escayola, afectan de forma positiva en la población infantil, que se le trata con escayola, por presentar una fractura. Con una disminución de asistencias en el servicio de urgencias, para cambio de escayola por deterioro o por presentación de complicaciones derivadas de este mal cuidado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Mayo 2019.
Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.
Evaluación final: diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos materiales; material de oficina (folios e impresora).
- Recursos personales; el tríptico, será entregado por el personal del servicio de urgencias del Hospital Infantil, y la consulta de traumatología infantil (médicos, enfermería, auxiliares de enfermería), que participa en este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que se explicará dicha iconografía (tríptico explicativo) tanto al paciente como a los padres/tutores.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que son tratados mediante escayola, por presentar fracturas.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

2. RESPONSABLE DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGULO TABERNERO MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· CHARLEZ MARCO ALFREDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· TABUENCA SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA
· CERDAN MORENO SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE COLUMNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El síntoma más frecuente en las patologías de columna es el dolor, en especial el dolor irradiado a extremidades inferiores. Entre las principales causas de dolor lumbociático encontramos la estenosis de canal y la hernia discal, procesos potencialmente quirúrgicos.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes diagnosticados de esas patologías son incluidos en listas de espera quirúrgicas que conllevan una larga demora hasta su tratamiento definitivo, debiendo convivir con un dolor persistente para el que reclaman un tratamiento que les permita sobrellevar dicha situación.

En otras ocasiones la edad, condición física o patologías concomitantes del paciente desaconsejan una intervención quirúrgica de columna o bien el paciente no desea someterse a ella, pero sí solicitan tratamientos para mejorar su situación clínica.

Otras veces, los pacientes ingresan desde urgencias, presentado un primer episodio de dolor lumbociático que no se controla satisfactoriamente con los tratamientos habituales y pueden precisar de un tratamiento analgésico menos habitual.

Ante este tipo de situaciones venimos aplicando un procedimiento terapéutico de carácter paliativo como es el Bloqueo Epidural Caudal (BEC) que consiste en la inyección de un cóctel de anestésicos y corticoides en el interior del canal raquídeo con el fin de paliar una situación clínica de dolor lumbociático motivado por distintas patologías.

Este procedimiento para su realización precisa de un espacio de quirófano, el empleo de técnicas básicas de imagen como ecografía o rayos X y control por los anestesiólogos. Sin embargo, aunque no carente de ellos, los riesgos y complicaciones de la técnica son mínimos, pudiendo realizarse de forma ambulatoria. En ocasiones no es suficiente un solo BEC, siendo necesario repetir el procedimiento una o dos veces en un corto periodo de tiempo.

En nuestra experiencia clínica, hemos observado que el empleo de esta técnica ha conseguido mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes reduciendo el dolor y aumentando su capacidad funcional e incluso en muchos casos casos evitando una cirugía de columna.

Así, nuestro planteamiento es cuantificar cual es resultado real de este procedimiento en lo que se refiere a control del dolor, el número de BEC necesarios por paciente y a su uso como terapia definitiva y no sólo paliativa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Cuantificar cuantos de los BEC realizados en Unidad de Columna pueden ser considerados como tratamiento definitivo al no incluir posteriormente a los pacientes en una lista de espera quirúrgica de cirugía de columna en un periodo de tiempo determinado, o no haber sido intervenidos quirúrgicamente de forma precoz en el caso de los pacientes ingresados de urgencia.

Cuantificar cuál es el periodo medio de control de los síntomas, valorando el tiempo entre la realización del BEC y el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica o la cirugía.

Cuantificar el número de infiltraciones por paciente han sido necesarias para controlar la clínica en el periodo de tiempo establecido y cuantas de ellas pueden ser considerados como tratamiento definitivo, determinando así el valor de los BEC en tandas o su uso como terapia aislada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recopilar todos los BEC que se realizan en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet durante 6 meses y realizar su seguimiento en consultas con un mínimo de una revisión a los 2 meses y realizando un seguimiento de entre 6 y 12 meses recogiendo los siguientes datos:
Número de Historia.

Proyecto: 2019_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Nombre y Apellidos.
Edad.
Sexo.
Diagnóstico.
Fecha de BEC.
Número de revisiones en consultas.
BEC sucesivos (Si/No)
BEC sucesivos (Número)
Fecha de siguientes BEC.
Inclusión en lista de espera quirúrgica. (Si/No)
Fecha de inclusión en lista de espera.
Cirugía Urgente Si/No

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores para obtener resultados serán:
El número de BEC en cada paciente.
El número de días entre el primer BEC y la inclusión en lista de espera para BEC sucesivos.
El número de días entre el BEC y la inclusión en lista de espera quirúrgica para cirugía.
El número de BEC no incluidos en lista de espera quirúrgica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se establece una recogida de datos durante 6 meses y un seguimiento en visitas sucesivas en consultas en torno a los 2 meses y visitas sucesivas según necesidad del paciente pudiendo comenzar a obtener resultados a partir de los seis meses de inclusión del primer paciente alcanzando un año de seguimiento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos materiales específicos. Solo el empleo de los sistemas informáticos del centro y el trabajo humano para la recogida y estudio de los datos.

10. OBSERVACIONES.

Aunque no se incluye en los objetivos, se puede plantear una valoración subjetiva de los resultados si se entrega a los pacientes una escala EVA del dolor y es revisada de forma previa al BEC, a los dos meses y a los 6 y 12 meses.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR / COLUMNA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULO PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MARTINEZ VILLEN GREGORIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTIN JUSTE PABLO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ROMANOS PEREZ JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ GARCIA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico.

Se propone indexar el material utilizado en cirugía urgente, disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla...) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos...), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.
Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.
Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.
Facilitar la planificación preoperatoria.
Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.
Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.
Trasladar la información al citado soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.
Porcentaje que incluye fotografías del contenido.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar...)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: mayo 2019, final mayo 2020.

Mayo/junio 2019: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web...) así como de las herramientas de búsqueda.

Julio/agosto 2019: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Julio 2019/abril 2020: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Proyecto: 2019_0563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULO PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Marzo 2020: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Abril 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acceso al material quirúrgico, principalmente en el empleo diario, para la recogida de datos. Comunicación con el servicio de esterilización para conocer el registro y etiquetado actual de las cajas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0677 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE MARIA LUZ CALVO GONZALEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• PAMPLONA CURIEL EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• PALOMAR MONTALAR VICTORIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• CORTES CARRASCON ANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• BIMBELA SERRANO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• GARCIA NAVALON PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes en la población anciana. Actualmente se diagnostican 720 casos anuales por cada 100.000 mayores de 60 años. La incidencia aumenta con la edad y es tres veces más frecuente en mujeres.

La disfagia orofaríngea (DOF) es un síntoma que se refiere a la dificultad para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago. Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. La disfagia es uno de los síntomas que aparece en enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que acontecen con más frecuencia en edades avanzadas. En este sentido, diferentes estudios muestran una prevalencia de disfagia entre el 28 y el 73% tras un accidente cerebrovascular (ACV), hasta del 84% en demencias y del 52% en enfermos de Parkinson. Un reciente estudio de cohortes muestra una prevalencia de disfagia del 34% en el postoperatorio de fractura de cadera.

La disfagia puede tener importantes repercusiones clínicas y comprometer la seguridad del enfermo causando atragantamientos, infecciones respiratorias y broncoaspiraciones (grave complicación con un 50% de mortalidad). También puede determinar que la alimentación/hidratación resulte ineficaz para cubrir las necesidades nutricionales, que se encuentran aumentadas en la Fractura Osteoporótica de Cadera (FOC).

La identificación precoz de la disfagia es un paso fundamental a la hora de prevenir complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- El paciente/cuidador principal conocerá las medidas preventivas de broncoaspiración al ingreso y durante toda su estancia en la planta 6ª HRTQ.
- Identificar precozmente las dificultades en la deglución en los pacientes con FOC ingresados en la planta que se alimentan por vía oral, mediante test de disfagia.
- Favorecer la aplicación de medidas dietéticas preventivas a los pacientes con disfagia, uso de espesantes.
- Analizar la aparición de complicaciones relacionadas con disfagia en los pacientes ingresados con FOC.

POBLACIÓN DIANA.

- Edad:
 - = de 75 años.
 - < 75 años con pluripatología acompañante (coexistencia =3 enfermedades crónicas).
- Sexo: Ambos sexos.
- Tipo de población o pacientes: Paciente con FOC ingresados en la planta 6ª del Hospital de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se elaborarán unos carteles plastificados y reutilizables en color amarillo y rojo: En los carteles de color amarillo aparecerán unas precauciones generales para evitar situaciones de riesgo de broncoaspiración. En los carteles de color rojo, además, se les sumarán precauciones específicas en caso de disfagia.
- Se colocará en el cabecero de la cama de cada paciente con FOC que ingrese en la unidad, el cartel con las Recomendaciones generales para prevenir la disfagia (color amarillo).
- Si durante el ingreso se identificasen dificultades en la deglución de algún paciente, se retirará el cartel amarillo y se colocará el cartel rojo, donde se indican las recomendaciones específicas en caso de disfagia. Se registrará en la gráfica de enfermería y en la hoja de observaciones de enfermería la detección de disfagia en el paciente y la adecuación de la dieta y la ingesta de líquidos.
- Se comunicará cada caso nuevo de disfagia al médico internista responsable del paciente y al médico de Nutrición (para prescripción de espesante).
- Se creará una base de datos de pacientes en Excel para registro y evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro de todos los pacientes con FOC en periodo de estudio

Proyecto: 2019_0677 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

- . Pacientes con FOC con cartel preventivo de broncoaspiración (amarillo) al ingreso estándar 100%
- . Paciente-cuidador principal informado/Total pacientes con FOC estándar 100
- . Registro de todos los pacientes con FOC y disfagia en el periodo de estudio estándar 100
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con cartel recomendaciones (rojo) estándar 100%
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con complicaciones (broncoaspiración, neumonía por broncoaspiración) relacionadas estándar < 10 %
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con modificación dieta/textura registrados en Historia clínica del paciente estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración de carteles Abril 2019
Inicio de actividad Mayo 2019
Realización de actividad Continua a lo largo del año
Evaluación Trimestral

9. RECURSOS NECESARIOS.

MATERIALES:

Láminas plastificadas

HUMANOS:

- Enfermeras y TCAEs de la planta 6ª de HRTQ
- FEAS de Medicina Interna que atienden a pacientes con FOC
- Enfermeras de la Unidad de Nutrición

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ANCIANO FRAGIL
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS

2. RESPONSABLE NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MARTINEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ GARCIA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PASCUAL LOPEZ MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la cirugía electiva del hallux valgus se considera de gran importancia el manejo de la herida quirúrgica y de las partes blandas en el postoperatorio para evitar las posibles y frecuentes complicaciones relacionadas con las mismas.

Al ser la cirugía del hallux valgus considerada una cirugía menor el paciente no le da a las recomendaciones generales la importancia que tienen, por lo que aparecen con mayor frecuencia de lo esperado infecciones o una evolución tórpida que alarga el tiempo de recuperación.

En base a esto, se han desarrollado en otros centros hospitalarios protocolos de cuidados similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de cuidados en el tratamiento postoperatorio del hallux valgus que homogenice la práctica de los mismos, así como la concienciación de la importancia de los mismos en los pacientes.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de complicaciones y que ello pueda repercutir en un menor número de visitas médicas y un menor tiempo de recuperación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El Protocolo de Cuidados tras la cirugía del Hallux Valgus constará de:

- En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, se le dará al paciente, junto al consentimiento informado, un folleto con las pautas a seguir antes y después de la cirugía.
- Tras la cirugía, junto al informe de Alta, se le dará al paciente un nuevo folleto con las recomendaciones y las citas para las curas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:

- Infecciones de herida quirúrgica
- Dehiscencias de herida quirúrgica
- Días de baja laboral (vuelta a vida habitual)

2os:

- Consultas en sala de curas
- Días de hospitalización

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La fecha prevista de inicio es abril de 2019. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de complicaciones.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS

- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0944 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

2. RESPONSABLE ISAIAS GARRIDO SANTA MARIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BRICIO MEDRANO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- VALENTIN FRANCO ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- LOPEZ ARPAL BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- RUBIO FERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GOMEZ BLASCO ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GARCIA CALVO VERONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente en los quirófanos de Traumatología del Hospital Miguel Servet NO se separan los residuos de todos los envoltorios del material quirúrgico que diariamente se usan para las intervenciones. La mayor parte de los envoltorios de todos los paños quirúrgicos, del material de osteosíntesis y del material protésico son de plástico y de papel-cartón.

Creemos que podemos colaborar en la separación de residuos que se producen en el quirófano para evitar que el plástico y el papel vayan junto con el resto de residuos que se manchan con líquidos y restos biológicos y que, por lo tanto, siguen otro proceso de tratamiento para su eliminación.

Traumatología cuenta con 5 quirófanos diarios en los que habitualmente se realizan unas 3 intervenciones. Por lo tanto, se genera un volumen importante de plástico y papel-cartón que se podría derivar para su correcto reciclado. Pensamos que debemos contribuir sobre todo a que todo el plástico no se trate como los residuos normales, porque su tiempo estimado de degradación es muy largo. Por ello es una de las lacras medio-ambientales que debemos combatir en el siglo XXI para evitar que nos veamos en un mundo rodeados de residuos de plástico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Separar los residuos de plástico y papel-cartón que se generan en la apertura de los envoltorios de todo el material e instrumental quirúrgico, así como de los sueros y medicación utilizados en los quirófanos de Traumatología del HUMS.

-Mantener en bolsas separadas e identificables los residuos para que el personal de limpieza los recoja y los lleve hasta la zona donde el hospital organiza los residuos para finalmente enviarlos al Complejo de tratamiento de residuos urbanos de Zaragoza.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sabemos que es difícil concienciar a todo el mundo de la importancia del reciclaje y que es una labor extra en el quirófano, donde además en ocasiones el tiempo para comenzar una intervención debe ser lo más breve posible. Es por ello que necesitamos la colaboración y el compromiso del equipo de enfermería. En este sentido hemos comenzado hablando con las supervisoras de quirófano para saber primero si esta labor era posible en ese entorno y para disponer de los cubos de reciclaje, además de organizar el circuito que deben seguir los residuos.

Posteriormente hemos pedido un voluntario responsable de cada quirófano de Traumatología para que se haga cargo de iniciar y animar cada día a esta tarea de separar el plástico y el papel-cartón que sobre todo se debe hacer al inicio de cada cirugía. Por ello están reflejados como colaboradores de este proyecto de mejora 4 miembros del equipo de enfermería.

Además hemos hablado con los responsables de logística y limpieza del hospital para asegurar que, tras la separación de los residuos, éstos se mantengan segregados hasta que lleguen a la planta de reciclaje.

En todos estos escalones hemos recibido una buena acogida a nuestra iniciativa y todos los estamentos están dispuestos a colaborar, ya que es una labor de todos y del día a día.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Valorar el peso de los residuos separados de plástico y papel-cartón en un quirófano al inicio, a los 6 meses de implantación de este proyecto y al año.

Porcentaje de la basura reciclada del total.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio inmediato ya que los recursos que necesitamos para empezar ya los tenemos (cubos y bolsas de colores para separar el plástico y el papel-cartón del resto de residuos que se generan en el quirófano) y se ha hablado con todos los estamentos que componen los eslabones de la cadena de reciclaje. Falta llevarla a cabo y ver la adherencia y cumplimiento de esta tarea.

Vamos a empezar esta ardua tarea poco a poco y asegurarnos de que se comienza a reciclar todos los residuos que sean posibles y que la separación de los mismos sea correcta y no se mezclen en ningunos de los eslabones de la cadena. La duración es de un año y podríamos prolongarlo posteriormente.

Proyecto: 2019_0944 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Agradecemos al Dr Benedí que comenzó en solitario esta labor hace tiempo que ha servido para inspirar esta iniciativa.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Reciclaje de residuos quirurgicos en quirófanos de traumatologia
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO: PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN BLOQUE QUIRURGICO A

2. RESPONSABLE ANA YUBERO MORALES
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• AGUAVIVA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• BADESA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• RODRIGUEZ ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• SAGARDOY LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• VALENTIN FRANCOS ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
• MARZO MOLES PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización. Sin embargo, cuando hablamos además de seguridad del paciente quirúrgico, ambos conceptos se interrelacionan directamente.

En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio con poca trayectoria profesional y en otros casos con amplia trayectoria como enfermeros, pero sin formación ni experiencia en quirófano.

Esto despierta estrés, ansiedad y desánimo en el personal de nueva incorporación y sobrecarga entre los diferentes profesionales que integran el equipo asistencial y velan por la seguridad del paciente quirúrgico.

El bloque quirúrgico es una de las áreas asistenciales en las que el profesional además de tener unas habilidades y competencias determinadas, debe de desarrollar una serie de procedimientos y técnicas muy específicos de los que tiene que ser conocedor y que son básicos y fundamentales para poder desarrollar su trabajo.

La falta de éstos provoca que la incorporación al servicio sea dificultosa, frustrante y desmotivadora cosa que conlleva una curva de aprendizaje muy lenta y atenta contra la seguridad del paciente.

Contar con un manual de acogida complementado con sesiones prácticas para las enfermeras que se incorporan a nuestro servicio siguiendo los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro, va a contribuir de manera favorable a mejorar,

- el nivel competencial,
- la integración en el equipo
- la satisfacción laboral del personal
- la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo
- la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización
- la calidad asistencial en términos de seguridad del paciente quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en el bloque quirúrgico, pastilla A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
- - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
- - Conocer el procedimiento de acogida del paciente al bloque quirúrgico
- - Aprender a montar y mantener un campo estéril y seguro para el paciente y los profesionales
- - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componentes del equipo quirúrgico
- - Conocer las funciones de la enfermera de anestesia, enfermera circulante y enfermera instrumentista.
- - Conocer los diferentes tipos de anestesia, fármacos más utilizados, materiales necesarios y recursos de los que se dispone en el bloque quirúrgico así como posibles complicaciones.
- - Conocer los aparatos básicos utilizados en quirófano, así como su mantenimiento.
- - Aprender a realizar un traslado del paciente desde la mesa del quirófano hacia la unidad del despertar/ REA/ UCI

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, pastilla

Proyecto: 2019_1080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO: PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN BLOQUE QUIRURGICO A

- A.
- Calendarizar sesiones prácticas en las fases de mayor contratación de personal.
 - Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
 - Manual realizado- SI
 2. Entrega del manual de acogida -
 - El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
 3. Calendarización de la sesiones prácticas.
El 90% de las sesiones calendarizadas en relación a los periodos de mayor contratación de personal.
 4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Febrero 2019
 2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
 - 1º/2 º semestre 2019
 3. Calendarización de las sesiones a impartir.
3. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
 - 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- Sala de formación del Bloque quirúrgico y Proyector
 - Personal del bloque experto e implicado en el proyecto
 - Material de uso habitual en lo quirófanos
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1081 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO. MEJORA EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

2. RESPONSABLE CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· MONTAÑES EVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· BRICIO MEDRANO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· LOPEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· VILAR SIERRA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
· CAÑADA VANESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
· JIMENO JIMENEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Uno de los eventos adversos, fácilmente evitables, dentro de los procesos quirúrgicos son los relacionados con la gestión del instrumental. Estos se producen tanto en el bloque quirúrgico como en el servicio de esterilización, generándose, cuando ocurre, un ambiente incómodo y de tensión que origina innumerables llamadas telefónicas, chequeos repetitivos, comprobaciones innecesarias, esperas innecesarias, prolongación de los tiempos quirúrgicos, aumento de costes e insatisfacción del equipo por un trabajo no realizado correctamente.

Hablamos de una gestión del instrumental quirúrgico óptima cuando:

1. Contamos con un inventario de todo el instrumental disponible permanentemente actualizado.
 2. Sabemos con qué recursos contamos en cada momento
 3. Tenemos agrupados el instrumental quirúrgico en "contenedores quirúrgicos" o "sets de instrumental" o cualquier otra unidad trazable.
 4. Conocemos el estado del material en qué situación de superficie y funcionalidad se encuentra dicho material
- En la actualidad la gestión de este material en el Hospital Universitario Miguel Servet es muy compleja por varios motivos:
1. Necesidad de cubrir actividad en todas las especialidades quirúrgicas las 24 horas del día, 365 días al año.
 2. Imposibilidad de prever la demanda a medio y largo plazo, especialmente las urgencias
 3. Imposibilidad de tener, en el bloque quirúrgico, un inventario actualizado permanentemente de todo el material quirúrgico
 4. Necesidad de tener un alto nivel de conocimiento sobre todo de material quirúrgico disponible en las cajas de instrumental para su correcta gestión
 5. Desconocimiento del material suministrado por los proveedores en concepto de depósito
 6. Inadecuada y compleja identificación del material, de las cajas y los set quirúrgicos tanto en el bloque quirúrgico como en la central de esterilización.

Dentro de este marco conceptual se hace imprescindible definir estrategias que nos permita una gestión del instrumental quirúrgico más eficiente así como una comunicación efectiva entre el personal del servicio de esterilización y del bloque quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- General
- Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación
- Específicos
- Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico.
 - Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- El proyecto se iniciará en el año 2019 en el bloque quirúrgico A
1. Actualizar el inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS que sea accesible tanto para el servicio de esterilización como para el bloque quirúrgico
 2. Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.
 3. Modificar y unificar la nomenclatura de los contenedores / sets quirúrgicos para el bloque quirúrgico y el servicio de esterilización
 4. Dar a conocer la cantidad de instrumental quirúrgico existente, por proceso quirúrgico, para que se programe el parte quirúrgico teniendo en cuenta los tiempos de esterilización en caso de dos o más procesos iguales en el mismo quirófano

Proyecto: 2019_1081 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO. MEJORA EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS actualizado accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico - SI
 - Se han unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatología - Se han unificado el 80% de los contenedores
 - Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.
- Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set Quirúrgicos utilizado en los procesos más habituales de traumatología
- Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico: Mínimo 1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Actualización inventario : Abril - Octubre 2019
- Unificar la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de trauma Junio - Octubre 2019
- Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set quirúrgicos de traumatología - Junio - Noviembre 2019
- Sesiones formativas: Noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Portátil y cañón para la sesión
- Tiempo necesario del personal dedicado a este proyecto y tiempo del personal receptivo de este proyecto
- Programa informático para desarrollar el inventario

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1091 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

2. RESPONSABLE JOSE MARIA PEREZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MARTINEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ JIMENO NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTINEZ VILLEN GREGORIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· ORTEGA LAHUERTA PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La artropatía degenerativa severa del tobillo, es un problema con el que suele enfrentarse el médico ortopedista, y más aún el especialista en tobillo y pie. Esta puede ser de origen primario, o lo que es más frecuente secundaria a diversas causas, dentro de las cuales la artritis postraumática y la artritis inflamatoria específica (como la artritis reumatoidea) son las más frecuentes.

Durante casi todo el siglo pasado, el "gold standard" para el tratamiento de esta patología con sintomatología rebelde a los métodos conservadores, fue la artrodesis del tobillo. En nuestro medio aún hoy sigue siendo la cirugía de elección para estos pacientes. La misma permite correcta alineación del miembro, con un tobillo indoloro a expensas de perder su movilidad. De cualquier modo, las posibles complicaciones de ésta cirugía, y las consecuencias a largo plazo en las articulaciones vecinas (fundamentalmente subastragalina), hacen que la misma si bien es bien tolerada, no sea inocua y mucho menos esté exenta de complicaciones y secuelas.

Comenzaron a surgir luego distintas opciones para el tratamiento de esta patología, dentro de las cuales se pueden mencionar las osteotomías correctivas y de descarga, la artrodiastasis del tobillo, la artroscopia, la viscosuplementación, la artroplastía diastásica, las queilectomías, el reemplazo por aloinjerto, y sobre todo el reemplazo protésico del tobillo,

Con respecto al desarrollo protésico, es fundamentalmente a partir de la década del setenta, que se comenzó con las artroplastías protésicas del tobillo. Las prótesis de primera generación (fundamentalmente constreñidas y cementadas) fueron abandonadas por la alta incidencia de fracasos, como el aflojamiento precoz y los malos resultados a corto plazo, por lo que hasta la década del '90, los ortopedistas fuimos reacios a dicha indicación. Luego surgieron prótesis de segunda generación, que demostraron mejores resultados a mediano plazo (más del 85% de supervivencia protésica a más de 6 años) según las publicaciones.

En el momento actual, las prótesis con inserto de polietileno (menisco libre) presentan mejor índice de supervivencia, lo que estaría determinado fundamentalmente por la disminución del stress prótesis-hueso, la poca resección ósea con superficie de contacto total, la transmisión de fuerzas a través de movimientos de traslación y leves rotaciones del inserto intermedio, y la correcta alineación con estabilidad del tobillo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad de vida, de forma importante, en aquellos pacientes: con artritis sistémicas del tobillo, como es la artritis reumatoidea, osteoartritis primaria o secundaria (postraumática) del tobillo, sobre todo con afectación bilateral en los que la artrodesis incapacitaría funcionalmente en grado severo..

Es una cirugía no está exenta de complicaciones, y que el largo plazo así como el desarrollo tecnológico futuro, nos brindará la aceptación o no del método. Sin embargo, creo que no podemos dar la espalda al desarrollo de esta posibilidad, y a las publicaciones serias que avalan el uso de la misma. Es cierto que según los diversos autores la curva de aprendizaje de esta técnica es larga, y debemos ser cautos en la indicación correcta y la realización idónea de la misma para minimizar las complicaciones y esperar resultados favorables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recopilar la información existente sobre los diferentes tipos y modelos de prótesis existentes: indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas, así como las complicaciones

Diseñar una base de datos que permita la recogida y búsqueda específica de pacientes diana.

Ofertar la técnica a los diferentes Servicios de la Comunidad Autónoma y limítrofes como Centro de Referencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de intervenciones.

Resultados incluyendo las complicaciones

Encuestas a nivel del paciente

Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería auxiliar...) y de hospitalización

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1091 (Acuerdos de Gestión)**

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio mayo 2019, final mayo 2020.

Mayo/junio 2019: Puesta en marcha de la técnica quirúrgica, incluyendo la formación en los Centros de Referencia y los datos existentes sobre los modelos actuales de prótesis de tobillo

Julio/agosto 2019: Coordinación con los Servicios de Reumatología, Anestesia y Unidades de Cirugía Ortopédica (Unidad de Fracturas y Tobillo y Pie).

Septiembre 2019/abril 2020: Base de datos con los pacientes diana e Incorporación de la técnica al Servicio

Abril 2020: Ofertar la mejora diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso, como Centro de Referencia.

Mayo 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. aArtropatía degenerativa severa del tobillo

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

2. RESPONSABLE MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
- FERNANDEZ ATUAN RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
- CORONA BELLOSTAS CAROLINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atresia de esófago (AE) es una de las anomalías congénitas más frecuentes del aparato digestivo (1/2.400-4.500 nacimientos), en la que desde hace varias décadas se ha logrado una elevada supervivencia (> 90%) que nos lleva a poner la atención en los problemas de morbilidad y calidad de vida a largo plazo. Los problemas respiratorios y nutricionales predominan en los primeros años de vida, pero los problemas gastrointestinales pueden prolongarse durante la adolescencia y la vida adulta. Las complicaciones más frecuentes son el reflujo gastroesofágico, la esofagitis péptica, el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, los trastornos de la deglución, la disfagia y la dismotilidad esofágica y gástrica. En la edad adulta se añade el problema del posible adenocarcinoma y carcinoma epidermoide esofágico. En el momento actual no existe un protocolo de seguimiento de esta morbilidad después de los primeros años de vida. Algunos pacientes pasan a la vida adulta y olvidan la anomalía congénita esofágica de la que fueron intervenidos y el control de los problemas asociados que debería continuarse a lo largo de su vida. Este proyecto pretende dar respuesta a la necesidad de un seguimiento multidisciplinar sistematizado, realizando una transferencia que dirija y oriente correctamente al paciente desde la asistencia ofrecida durante la infancia y adolescencia por los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría, a la Atención especializada de adultos, en la que el Servicio de Digestivo dispone de los principales recursos necesarios para atender estos problemas en esta etapa de su vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Protocolizar el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de esófago.
- Mejorar en los pacientes intervenidos por Atresia de esófago la información sobre su patología y la morbilidad que debe controlarse en la edad adulta.
- Establecer un Protocolo de Transferencia de los pacientes desde los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría al Servicio de Aparato Digestivo en la edad adulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Protocolo consensuado de seguimiento para detectar precozmente y tratar los problemas a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de Esófago a partir de los 15 años.
- Folleto informativo comprensible para el paciente y sus familiares sobre la Atresia de Esófago, su tratamiento y evolución, y los problemas de salud relacionados con esta patología a controlar en la vida adulta.
- Protocolo de Transferencia, definiendo criterios de edad, información clave a incluir en el Informe Clínico de Transferencia y Agenda de Consultas Externas de derivación.
- Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago, con registro de edad.
- Sesión Clínica conjunta con los Servicios de Cirugía Pediátrica, Aparato Digestivo y Unidad de Gastroenterología Pediátrica, de los pacientes a transferir.
- Planificación de Cita de última revisión en la Consulta de Cirugía Pediátrica, para actualizar evolución clínica y pruebas complementarias; explicación y entrega de folleto informativo; indicar la Consulta del Servicio de Digestivo donde se continuará la asistencia (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).
- Informe Clínico de Transferencia con el resumen actualizado de la evolución clínica y pruebas complementarias por el Servicio de Cirugía Pediátrica, que se guardará en la HCE.
- Planificación de Cita de Transferencia en la Consulta de Aparato Digestivo (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Criterio: Cumplimiento de Transferencia de Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años transferidos según protocolo/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
- Criterio: Cumplimiento de la Información a los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años que han recibido información específica/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
- Fuente de datos: Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago. Revisión HCE.
- Criterio: Satisfacción de los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años satisfechos con la información recibida y protocolo de transferencia/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años.
- Fuente de datos: Encuesta de Satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio: Protocolo seguimiento a largo plazo: Abril-Mayo 2019.

Proyecto: 2019_1390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO

- Folleto informativo sobre Atresia de Esófago: Mayo 2019.
- Protocolo de Transferencia: Mayo 2019.
- Estado de pacientes intervenidos por Atresia de esófago con registro de > o próximos a 15 años.
- Iniciar aplicación: A partir de Junio 2019.
- Evaluación en Abril 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos disponibles

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL DESBRIDAMIENTO ENZIMATICO CON BROMELAINA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS

2. RESPONSABLE ENRIQUE MONCLUS FUERTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
- SANZ ARANDA ESTER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
- PEREZ MOLINA CONSUELO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
- CEAMANOS MARCO NIEVES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una parte esencial en el tratamiento del paciente quemado es el desbridamiento o limpieza de la quemadura. Durante los últimos 40 años el tratamiento estandar de dicho desbridamiento consistía en separar con un dermatomo las zonas quemadas hasta encontrar tejido sano. Esto producía grandes hemorragias y agravaba las secuelas estéticas al retirar también tejido viable.

Desde hace 5 años se dispone de un tratamiento farmacológico-enzimático, que es la bromelaina, que permite la eliminación del tejido quemado de forma selectiva minimizando el sangrado .

Vemos necesaria la estandarización del uso de la bromelaina para obtener los mejores resultados, así como la realización de un protocolo clínico de aplicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estandarizar el uso de la bromelaina en pacientes quemados

Población diana: pacientes con quemaduras susceptibles de tratamiento con desbridante enzimático (bromelaina)

Creación de un protocolo de actuación y aplicación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Identificación de personal y materiales a utilizar

Formación del personal (médico, enfermería, auxiliares....) en el proceso

Indicaciones (selección población diana)

Estandarización mediante protocolo

Consenso con resto de Unidades CSUR del Estado

Creación de protocolo e implementación del mismo

Auditoria interna para control y optimización del protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Creación del protocolo e inclusión en Intranet del Hospital: si/no

Uso bromelaina: n° quemados desbridados con bromelaina x n° quemados totales / 100.

No se conoce todavía el estandar aunque creemos que debería de ser de más del 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Identificación de personal y materiales a utilizar: mayo 2019

Formación del personal (médico, enfermería, auxiliares....) en el proceso : junio 2019

Indicaciones (selección población diana): mayo 2019

Estandarización mediante protocolo: junio 2019

Consenso con resto de Unidades CSUR del Estado: septiembre 2019

Creación de protocolo e implementación del mismo: octubre 2019

Auditoria interna para control y optimización del protocolo: diciembre 2018/enero 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ningun recurso alternativo

10. OBSERVACIONES.

Una vez que se tenga suficiente numero de casos podría implementarse un estudio económico de ahorro de costes en el tratamiento de grandes quemados

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Quemaduras térmicas y químicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

2. RESPONSABLE ALBERTO AGULLO DOMINGO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• MIGUEL CORRALES PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• PERALES ENGUITA ALBA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el año 2015 viene funcionando la Consulta de Alta Resolución en la que se revisan y se intervienen en mismo día de la citación pacientes derivados a Cirugía Plástica principalmente oncológicos y que fue motivo de un proyecto de mejora de Calidad del año 2015.

Esta Consulta ha demostrado su utilidad tanto para el Hospital (disminución de consultas y mejora índice primeras/sucesivas), como para los pacientes (mínimos desplazamientos, resolución del problema) Posteriormente han ido surgiendo necesidades de corrección del proyecto original para un buen y mejor funcionamiento y aprovechamiento de la Consulta, como el incluir otros procesos preferentes, cirugía de mano con anestesia local y, centrándolo en los pacientes, ampliar la oferta no sólo a los residentes de fuera de Zaragoza sino a la población en general. Asimismo se pretende cambiar el modelo/documento de derivación para facilitar el cribado/selección de pacientes en el proceso

Se han publicado (Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 44 - No 3, págs 335-338, 2018) unos resultados de una muestra de pacientes (642) de dicha Consulta correspondientes a un año (2015-2016) donde se muestran los resultados obtenidos que mejoran la eficiencia del proceso, disminuyen gastos sanitarios y aumentan la satisfacción del paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar los resultados anteriores con la optimización de los filtros de pacientes derivados, facilidad de cribado y mejora de outputs tanto para los ratios de consulta como de satisfacción del paciente.

Contribución al control de las Listas de Espera Quirúrgica (mejora del índice entradas/salidas)

Población diana: pacientes de ambos sexos derivados por Dermatología susceptibles de ser intervenidos en el Servicio y que cumplan criterios establecidos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1º Agrupar y estudiar la actividad 2016-2018 analizando los resultados

2º Actuación sobre cada fase del proceso:

- Derivación pacientes por Dermatología : elaborar documento tipo para envío del paciente por dermatología que posea los ítems básicos e imprescindibles para la inclusión en el circuito

- Filtro de pacientes: rediseñar condiciones de inclusión: edad, tipo patología, toma de anticoagulantes/antiagregantes, domicilio paciente, situación social

- Consulta/cirugía: optimizar programación quirúrgica evitando suspensiones, estudiar ampliación de sesiones quirúrgicas

- Derivación a Dermatología: creación documento tipo estandarizado

- Control biopsias por sí paciente o patología fuera subsidiaria de tratamiento en el Servicio o derivación a otro que no fuera Dermatología

3º Creación/mantenimiento de Base de Datos del proceso

4º Evaluación de resultados de nueva propuesta

La Consulta de Alta Resolución que ya funciona se mantendrá en su formato actual hasta evaluar los cambios que se produzcan

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se mantendrán los indicadores actuales

* Índice de beneficiados de la consulta de alta resolución

(a/b)x100:

a= pacientes citados a la consulta de alta resolución

b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución

Objetivo>90%

* Índice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución

(a/b)x100:

a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución

b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución

Objetivo>70%

* Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución.

(a/b):

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1224 (Acuerdos de Gestión)

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

a= no total de consultas sucesivas

b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución

Objetivo <1,25

Se evaluarán los resultados con un mínimo de 300 pacientes, que pueden ser intervenidos en unos 6 meses aproximadamente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Recogida de datos y evaluación de resultados 2016-2018 : mayo 2019
- Aplicación de nuevos criterios de inclusión: junio 2019
- Creación base de datos: junio 2019
- Intervención 300 pacientes: junio-diciembre 2019 (estimado)
- Evaluación resultados: enero 2019
- Creación documento derivación de/para Dermatología

9. RECURSOS NECESARIOS.

Nada extraordinario sobre lo ya dispuesto (locales de consultas, sala blanca quirúrgica, etc...)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_1262 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

2. RESPONSABLE ALVARO JESUS BERNAL MARTINEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
• AGULLO DOMINGO ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• TURON RIOS MARIA ALICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• SAMPIETRO DE LUIS JOSE MANUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• PUERTAS PEÑA JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• REOLA RAMIREZ ENARA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
• SANZ ARANDA ESTER. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los tumores cutáneos de cabeza y cuello (en especial el carcinoma espinocelular cutáneo), puede ser un tumor de rápido crecimiento, que obliga a cirugías mayores, que implican resección amplia, reconstrucción y linfadenectomía. Estos tumores, cada vez con mas frecuencia, se detectan en pacientes mayores, en los que también es más frecuente la metastatización.

Con frecuencia se intervienen sin tener en cuenta la fragilidad del paciente, o no se intervienen (o se hace de manera incompleta) teniendo como único criterio la edad. Lo primero conlleva mayor riesgo de complicaciones, en ocasiones mortales, y mayor uso de recursos sin obtener mejoría en la calidad de vida del paciente. En el segundo caso, la imperancia del ageísmo implicará mayor mortalidad y morbilidad.

La toma de decisiones consensuada en base a equipos multidisciplinares es la base de la atención centrada en la persona y en la gestión por procesos asistenciales.

Queremos proponer la elaboración de un protocolo orientado a aquellos pacientes que por su edad y/o situación cognitiva y funcional previa, le generen al Cirujano Plástico controversia en la toma de decisiones. Actualmente, de manera no sistemática se estaban derivando pacientes a la consulta externa de Geriatria, donde Geriatras formadas en valoración prequirúrgica elaboran una batería de test e índices pronósticos, que junto a una valoración geriátrica integral permiten conocer la fragilidad del paciente. Ello nos va a permitir estimar la reserva fisiológica del mismo para superar el tratamiento propuesto con resultados positivos, orientar en la toma de decisiones basado en esta valoración sobre el grado de adecuación del esfuerzo terapéutico indicado en cada paciente, seguimiento de aquellos factores de riesgo que conviene tener controlados e incluso optimizar en lo posible la situación previa a la cirugía del paciente (situación nutricional, tratamiento de anemias....) y en caso de desestimación de la cirugía orientar a la familia y elaborar informes para Atención Primaria y que puedan valorar activar a nivel ambulatorio los recursos recomendables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un protocolo de actuación para la valoración de fragilidad por parte de Geriatria en todos los pacientes mayores de 85 años y aquellos mayores de 80 años en los que se cumplan los siguientes criterios: dependencia funcional previa, deterioro cognitivo diagnosticado o comorbilidad (presencia de 2 o más de las siguientes: insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica dializada o enfermedad vascular cerebral), que sean derivados al Servicio de Cirugía Plástica con tumores cutáneos avanzados, para cuyo tratamiento precisen de una cirugía mayor que un cierre primario o la reconstrucción con un colgajo local (de aquí en adelante, nos referiremos a los pacientes con estas características como "población diana").

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de un grupo de trabajo formado por Cirujanos Plásticos y Geriatras.
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales). Primera reunión para poner en común datos objetivos sobre el número y sobre todo características, de pacientes subsidiarios de esta valoración.
Consenso definitivo sobre valoración de fragilidad en estos pacientes, en base a evidencia científica de que se disponga en este tipo de cirugías.

Elaboración de un protocolo que incluya el circuito de derivación de estos pacientes para poder hacerlo lo mas precoz posible y poder gestionarlo, si es viable, en el resto de centros de la red SALUD que dispongan de Geriatria, dado que el Servicio de C. Plástica del HUMS es referencia única regional.
No se precisan a priori recurso material ni humano, al disponerse de consultas monográficas en ambos servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Formación de un grupo de trabajo si/no
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales) si/no
Elaboración de protocolo si/no
Valoración de población diana y remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria: 80%.
Valoración de población diana remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria, con valoración realizada y con informe clínico detallado disponible en la HCE del paciente. 80%
Elaboración por parte de C. Plástica de informe clínico definitivo con la conclusión consensuada tras paso por comité de tumores y disponible en la HCE: 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1262 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Inicio mayo 2019

Junio 2019: inicio de reuniones periódicas.

Septiembre 2020: elaboración del protocolo

Octubre 2020 puesta en marcha, con inicio de registro de derivaciones/valoraciones

Mayo 2020: análisis de resultados y finalización/valoración de continuidad

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa añadir medios humanos ni materiales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0845 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

2. RESPONSABLE CRISTINA GARCIA GUTIERREZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA SIN INGRESO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ASENSIO AROSTEGUI ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA SIN INGRESO
• FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA SIN INGRESO
• MARIN BENEDI AURORA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA SIN INGRESO
• SANCHEZ PEREZ ANTONIO. OFTALMOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
• SATUE PALACIAN MARIA. OFTALMOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
• IDOPE CORTA MIRIAM. OFTALMOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2017 se percibió una pobreza en la estandarización en la preparación del material y en la organización de los recursos físicos y organizativos necesarios para la extirpación y posterior conservación del endotelio corneal necesario para la intervención de queratoplastia endotelial. La optimización del tiempo requerido para preparar y realizar dicha extracción es vital entre otras cosas, por la minimización del tiempo de extirpación lo que puede reducir considerablemente las posibilidades de infección de un ojo (recipiente de este tejido) trasplantado con dicho material biológico. Además esto nos daría como producto más tiempo potencial para otros procedimientos quirúrgicos y en consecuencia una reducción de otras listas de espera quirúrgicas realizadas en la Unidad de Cirugía sin Ingreso. Desde entonces se ha intentado una colaboración coordinada efectiva entre enfermeras y cirujanos oftalmológicos a través de reuniones informales donde se ponía en común diferentes puntos de vista y soluciones, como el protocolo diseñado en 2018.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la utilización de los recursos tanto materiales como personales.
Garantizar los derechos de los usuarios a una atención efectiva.
Conseguir que todo el personal implicado esté al tanto de dicho protocolo y se cumpla de forma rutinaria.
Reducir el tiempo quirúrgico en este procedimiento en concreto y la incidencia de eventos inesperados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las reuniones con los oftalmólogos de córneas continuarán siendo los viernes durante la jornada de quirófano. Se ha establecido un diagrama de flujo que se entregará a las enfermeras del quirófano implicado en esta técnica y los oftalmólogos de córneas responsables de la realización de la misma, en este diagrama se reflejará quién es responsable de cada paso y con quién se tiene que comunicar. Esto se distribuirá en marzo del 2019. Se ha creado un checklist pre y post implementación del protocolo, con lo que desde marzo del 2019 se comenzará a recoger la información, a finales de año (2019) se hará un análisis de los resultados del checklist, lo que nos dará información sobre la eficacia de la implementación de dicho protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cumplimiento del protocolo por parte del personal implicado. Objetivo 90%.
Tasa de infecciones postoperatorias relacionadas con la cirugía DMEK
Duración de la extracción del endotelio corneal procedente de córnea donante.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Por parte de enfermería:
-Dar a conocer el diagrama de flujo a los oftalmólogos, marzo 2019.
-Modificarlo si es necesario para que se ajuste a la realidad, marzo-abril 2019.
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
Por parte de los oftalmólogos de corneas:
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
-Dar feedback de cambios en la técnica quirúrgica o necesidades materiales, todo el año 2019.
-Recoger información sobre las infecciones relacionadas con el trasplante de endotelial relacionadas con cirugía DMEK, todo el 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios para este proyecto son sencillos;
-humanos, colaborando enfermería y oftalmólogos para sacar el mejor partido de este protocolo.
-materiales, como por ejemplo ordenadores, papel, bolis,...nada que no tengamos ya en el propio centro donde trabajamos.
-tiempo.

10. OBSERVACIONES.

Gracias a la experiencia de otros proyectos de calidad en los que nos hemos visto envuelto se cree necesario que la implicación de cada uno de los miembros de este grupo, que aspiran a dar una mejor calidad a nuestros usuarios, sea máxima y se pueda llevar a cabo durante este 2019 de forma rutinaria.

Proyecto: 2019_0845 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

2. RESPONSABLE PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
- SANCHEZ GARCIA FERMIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
- RECUERO DIAZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde septiembre de 2005 el servicio de Cirugía Torácica absorbe la patología existente de dicha especialidad en el HCULB, con un proyecto novedoso en dicho momento. En vez de mantenernos como centro de referencia y trasladar toda la nuestra patología del área III al Hospital Servet, mantuvimos, en el HCULB, la infraestructura de hospitalización, consultas externas, quirófano e interconsultas de otros Servicios, desplazando 1 ó 2 cirujanos, según las circunstancias, diariamente desde el Servet al HCULB y cubriendo las urgencias de dicho Hospital con un cirujano en guardia localizada. Aunque la actividad quirúrgica se limitaba a un día semanal, se nos otorgaba la prioridad para camas de críticos y eso permitía mantener la Lista de Espera (LEQ) de dicho hospital dentro de los límites de garantía que marca el SALUD para enfermedad neoplásica maligna.

Si analizamos el cuadro de mandos del HUMS desde el 2009 observamos que nuestro rendimiento supera siempre el 70% tenemos 150 horas mas de quirófano y realizamos 100 intervenciones más debido principalmente a que en la actualidad tenemos asignado quirofano diario incluso en puentes y en los meses estivales. El número de primeras visitas en C.E. también han aumentado en 100 puntos y en la misma proporción la inclusión en LEQ. Consecuencia de ello hemos llegado al umbral superior de capacidad quirúrgica en el HUMS.

Sin embargo en el HCULB hemos pasado de tener en los años 2009-10 un rendimiento quirúrgico de 80%, entrada en LEQ de 78/95, nº de sesiones quirúrgicas anuales de 47/48 y 90/88 intervenciones a tener en los dos últimos (2017-18) años un rendimiento del 55/65 con sólo 35/24 sesiones quirúrgicas que permitieron sólo 67/58 intervenciones, muy inferior, todo ello, a los 95/109 pacientes que entraron en LEQ estos últimos 2 años, lo que implica un total de 28/51 pacientes que se debieron trasladar al HUMS para su intervención, como consecuencia de un plan de absorción, en estos últimos años, por parte del HUMS y suprimir la actividad quirúrgica y posteriormente el resto de colaboración en el HCULB.

La realidad es, que dado la imposibilidad de aumentar nuestra actividad quirúrgica en el HUMS y, principalmente, el aumento de camas de críticos, provocó un cuello de embudo y consiguientemente un aumento del tiempo en LEQ muy superior al mes de garantía para pacientes oncológicos marcados por el SALUD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reestructuración y reactivación de los recursos quirúrgicos en Cirugía Torácica en el HCULB.
Mantener el tiempo de demora quirúrgica por debajo de 30 días en pacientes con patología oncológica.
Equidad en dicho tiempo en ambos hospitales para los pacientes oncológicos
Evitar sobrepasar los 6 meses de espera quirúrgica en los pacientes con patología no maligna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Mantener las actividades de hospitalización, C.Ex, asistencia a comité de tumores, atención continuada sin cambios.
Incrementar la actividad quirúrgica hasta los rangos pactados en la integración en 2005 consistente en un día semanal
Prioridad, dicho día, en la utilización de unidad de criticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El último día de cada mes, se actualizara la LEQ del servicio.
Se usará como indicador de que al menos el 95% de los pacientes con patología oncológica que han entrado el mes anterior en LEQ esten intervenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Anual prologable mientras la Gerencia del SALUD, mantengan la unificación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Renovación y actualización material de cajas quirúrgicas principalmente para Cirugía de Mínima Invasión (VATS).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_1480 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA TIRADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· SANCHEZ GARCIA FERMIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· LORA IBARRA ANDREA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MUÑOZ GONZALEZ NADIA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· AVILES PARRA JUAN DIEGO. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) hospitalario traduce el esfuerzo mantenido de la institución sanitaria (a través de su Comisión de Infecciones) por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados. La finalidad primordial del Programa es:

- 1.- mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
- 2.- minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo la aparición y diseminación de resistencias, que han conducido a la situación crítica microbiológica que padecemos actualmente).
- 3.- garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

Para hacer frente a esta problemática se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha el programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

Por otra parte, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) continúan siendo un importante problema de salud, a pesar de los progresos realizados a nivel asistencial y en salud pública. Son causa de elevada morbilidad, provocan un aumento de las estancias hospitalarias, son causa importante de reingreso, y suponen un gran coste tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, dado el incremento del consumo de recursos sanitarios que conllevan; su prevención y control es absolutamente coste-eficiente. Datos del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en el estudio de prevalencia de las IRAS y consumo de antibióticos (ECDC-PPS 2011-2012) realizado en 30 países europeos, incluida España, revelan que el 6,0% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IRAS; de estas, el 19,6% fueron infecciones de localización quirúrgica (ILQ), las segundas más frecuentes, tras las infecciones respiratorias (23,5%). En España, el estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna IRAS, siendo las ILQ las más frecuentes (25,66% de las IN). Por tanto, dentro de las IRAS, las ILQ son un importante problema que limitan los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.

En el S. de Cirugía Torácica se realizan anualmente casi 500 intervenciones; más de la mitad de éstas son cirugías de carácter limpia-contaminada, con indicación de profilaxis antimicrobiana; en muchos casos de cirugía limpia, la edad avanzada del paciente y/o la inmunodepresión que presentan de base por sus características clínicas, condicionan la necesidad de realizar la mencionada profilaxis. A pesar de que dicha profilaxis se realiza de acuerdo con el protocolo de profilaxis preoperatoria elaborado por la Comisión de Infecciones, la incidencia de IRAS se sitúa en torno al 2%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un mapa de infecciones del Servicio, mediante la identificación de las IRAS (con especial atención a las ILQ) y los patógenos microbiológicos implicados.

Supervisión interna de la adecuación de la profilaxis antibiótica preoperatoria.

Interlocución directa con los miembros del PROA implicados, en los casos de IRAS-ILQ detectados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración del registro de IRAS-ILQ, en colaboración con el Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial del Servicio. Participación del responsable PROA del servicio actividades e iniciativas promovidas desde la estrategia hospitalaria y autonómica.

Realizar al menos 2 sesiones al año relacionadas especialmente las ILQ, y el manejo de antibióticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Elaboración del protocolo de registro: SI; verificable por el responsable del Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial, a través de su memoria para la Unidad de Calidad Asistencial hospitalaria.

Recogida de los datos de las IRAS-ILQ detectadas: registro > 95% casos; evaluación mediante áudit mensual empleando cortes de prevalencia, a realizar por los participantes en el proyecto; dicho áudit se entregará al grupo de calidad para la inclusión en su memoria.

Participación del responsable PROA en actividades e iniciativas relacionadas: Presentación de certificados de asistencia o participación.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1480 (Acuerdos de Gestión)**

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Realización de sesiones semestrales: Inclusión de las sesiones en el programa de sesiones formativas del servicio, una semestral, con participación de al menos el 50% del personal facultativo en cada sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Anual, renovable de acuerdo mutuo con Dirección Médica-Subdirección del Área Quirúrgica.

Elaboración del protocolo de registro: presentación al servicio y al grupo de calidad antes del 30-junio-2019.

Sesiones formativas: a programar de acuerdo con el Tutor de Residentes, responsable de la programación de sesiones formativas, una en cada semestre natural del año en curso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dedicación de dos horas semanales del responsable del proyecto para la recogida de datos de los casos diagnosticados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1005 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

2. RESPONSABLE PAULINA ANDREA CERRO MUÑOZ
• Profesión MIR
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SIMAL GIL ESTRELLA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• MARTIN MARCO RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• PORTA AZNAREZ NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• MARRON MOYA SERVANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• MILAGROS SANCHEZ HERNANDEZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los problemas dermatológicos suponen hasta un 5-10% de todas las visitas a los servicios de urgencias y afectan mucho la calidad de vida de los pacientes.

La enfermedad dermatológica atendida en urgencias puede resultar muy compleja para el médico no especialista. Además, el dermatólogo realiza un diagnóstico más preciso, biopsias diagnósticas en la fase aguda, programa las futuras revisiones en la consulta de dermatología de manera más eficaz, evita ingresos y disminuye las consultas repetidas al Servicio de Urgencias.

La realidad del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) es que durante el año 2018 hubo 625 interconsultas al Servicio de Dermatología, de las cuales 98 fueron realizadas desde el Servicio de Urgencias tanto desde la Urgencia General, así como de la Urgencia Materno-Infantil. Estas interconsultas se realizaron en días laborables en horario de 8-15 horas. En el sistema público de salud español los facultativos de dermatología no realizan guardias. Además, en el caso del HUMS no existen huecos en las agendas dedicados a atender urgencias, por lo que la atención a estos pacientes se hace de forma improvisada alterando la atención a los pacientes ordinariamente citados.

En el Hospital Universitario de Salamanca fueron 3.084, con una población aproximada de 230.000 habitantes. Desconocemos cuántos pacientes acudieron en el año 2018 en nuestro hospital por motivos dermatológicos a urgencias no obstante, podemos hacer una estimación, si el número de urgencias atendidas en el HUMS en 2018 fue de 202.624 y según los artículos publicados, la urgencias dermatológicas suponen hasta un 5 a 10% del total, se estima que en 2018, entre 10.131 y 20.262 pacientes acudieron al HUMS por motivos dermatológicos.

Un estudio reciente de D. Bancalari-Díaz evidenció que la realización de guardias de Dermatología por parte de los MIR es de gran utilidad para el sistema hospitalario y que son necesarias en la formación integral del especialista en Dermatología.

En el Programa Formativo de la Especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (B.O.E. de 25 de septiembre de 2007. Orden SCO/2754/2007) en el apartado 6.4 considera imprescindible para una completa formación del médico la realización de guardias hospitalarias, adscrito al servicio de Medicina Interna o de Cirugía exclusivamente durante el periodo rotatorio, y en la unidad de Dermatología el resto de su periodo formativo.

Por todos estos motivos consideramos que es necesario establecer un sistema de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y requieren valoración por Dermatología, mediante la realización de consulta de tardes de Dermatología realizada por los residentes de esta especialidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal
Atender a los pacientes que consultan en urgencias por patología dermatológica.

Secundarios

- Agilizar el acceso a los pacientes que consultan en urgencias y requieren valoración rápida por Dermatología.
- Optimizar la calidad de la atención en las urgencias dermatológicas.
- Reducir las derivaciones de las urgencias dermatológicas a otros centros para que sean atendidos.
- Formar a los residentes de Dermatología del HUMS, en urgencias dermatológicas.
- Formar a los médicos de urgencias para la correcta derivación.
- Mejorar la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes con patología dermatológica que acude a urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Agenda de tardes de Dermatología de Urgencias realizadas por un MIR de tercer año (lunes y miércoles de 16:00 a 19:30hrs)

-12 primeras visitas (15 minutos cada visita) 10 citadas desde el Servicio de Urgencias y 2 reservadas para las urgencias que lleguen durante el tiempo de consulta.

-3 revisiones (10 minutos cada visita)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de visitas derivadas desde el Servicio de Urgencias.
2. Número de visitas de urgencia que requirieron procedimientos especiales (biopsia cutánea, extirpación, crioterapia, electrocirugía).
3. Número de visitas de urgencia que requirieron solicitud de pruebas complementarias (analítica, serología, cultivo, imágenes).

Proyecto: 2019_1005 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

4. Número de pacientes que requirieron ingreso hospitalario.
5. Número de revisiones.
6. Número de pacientes vistos de alta resolución.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 de Junio de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Una auxiliar de enfermería o enfermera.
Un espacio de consulta (Consultas externas de Dermatología).
Acceso a sala de curas para realizar procedimientos dermatológicos.

10. OBSERVACIONES.
-Todas las actividades realizadas por el residente serán tuteladas por un facultativo de dermatología.
-Las solicitudes de atención de dermatología de urgencia se realizarán a través del servicio de citaciones.
-Además, los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias en el horario de la consulta de urgencias de dermatología los lunes y los miércoles serán también atendidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1047 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

2. RESPONSABLE YOLANDA GILABERTE CALZADA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BALDELLOU LASIERRA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• MORALES CALLAGHAN ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• SIMAL GIL ESTRELLA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
• RUIZ PALMA ANA MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según datos del ministerio de Sanidad publicados en 2017, por término medio, el 28 % de pacientes que acude a Atención Primaria precisa una interconsulta al especialista. Por otro lado, Dermatología es la segunda especialidad a la que más se deriva desde Atención Primaria en nuestro país.

La realidad del Servicio del HUMS es que aunque en el año 2017 se realizaron 29.152 consultas y en el año 2018 algo menos, 28.020, debido a que dos facultativos tuvieron una ITL de 6 y 8 meses de duración respectivamente, al final de 2017 el número de pacientes pendiente de cita era de 5.483 y al final de 2018 de 6.160 pacientes. De esta forma un paciente espera de media para ser visto en el Servicio de Dermatología 196 días.

Esta realidad hace necesaria establecer una vía rápida de atención a los pacientes con enfermedades potencialmente graves.

Pérez-Pérez L, et al. (Piel 2010; 25: 291) en su artículo sobre "Dermatosis potencialmente fatales" da un listado de estas enfermedades que es el que sigue: infecciones (síndrome de escaldadura estafilocócica, síndrome del shock tóxico, púrpura fúlgida, micosis profundas, erupción variceliforme de Kaposi, entre otras); farmacológicas: necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens Johnson, DRESS, toxicodermias); autoinmunes (penfigo, penfigoide, lupus eritematoso, dermatomiositis, esclerodermia); tumoral (melanoma, linfoma, tumor de Merkel, angiosarcoma, carcinomas escamosos de rápido crecimiento); vascular (calcifilaxia, vasculitis), genodermatosis (epidermolisis ampollosa); miscelánea (urticarias de difícil manejo, eritrodermias, psoriasis extensas).

La sospecha de cualquiera de estas enfermedades debería ser remitida por este sistema de vía rápida que supone no esperar más de 15-20 días a ser visto en la consulta de dermatología.

Estas dermatosis no son frecuentes por lo que se destinarán 30 visitas de primer día al mes para dichos pacientes:

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal

Priorizar a los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.

Secundarios

- Reducir el tiempo de espera de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves y que este sea de menos de 3 semanas.
- Formar a los médicos de atención primaria para reconocer la patología dermatológica potencialmente grave.
- Mejorar la calidad y la satisfacción de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Consulta de agenda de Vía rápida de dermatología (lunes 1º, 2º, 3º y 5º de cada mes)
10 primeras visitas (15 minutos cada visita)
10 revisiones (10 minutos cada visita)
1 orden médica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de folios enviados para la consulta de vía rápida
 - a. Número de folios recibidos en el Servicio de Admisión del hospital dirigidos a la consulta Vía rápida de Dermatología
 - b. Número de derivaciones a través de la consultas virtual citados en la consulta de Vía rápida
2. Número de primeras visitas realizadas en vía rápida
 - a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
3. Número de pacientes procedentes de primaria o de especializada
 - a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
4. Porcentaje de visitas no procedentes (no necesitaban la vía rápida)
 - a. Contabilización diaria de las visitas inadecuadas
5. Número de primeras visitas que requirieron biopsia cutánea.
 - a. Número de biopsias realizadas en la consulta de vía rápida
6. Número de melanomas diagnosticados
 - a. Contabilización diaria de aquellos pacientes diagnosticados de melanoma

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: 1 de Julio de 2019 hasta 31 de Diciembre de 2019

Proyecto: 2019_1047 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

9. RECURSOS NECESARIOS.

Espacio de consulta equipada en área de Dermatología,, enfermera, sala de cura dotada con material de biopsia y electrobisturí

10. OBSERVACIONES.

Los solicitudes de atención por Vía rápida procedentes de Atención Primaria serán primeramente valoradas ya sea a través de la IC virtual o en formato papel para aquellos Centros de Salud que todavía no se hayan incluido en el sistema virtual.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_1123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

2. RESPONSABLE VANESA BERNAL MONTERDE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERNANDEZ BONILLA EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
- MEDRANO PEÑA JOAQUIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
- BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hepatopatía crónica es un proceso complejo que cursa con múltiples complicaciones, entre las cuales se encuentra el desarrollo de ascitis refractaria. Estos pacientes requieren ingresos repetidos para la realización de paracentesis evacuadoras con reposición de albúmina. Alternativamente, en algunos de ellos se indica la implantación de un TIPS (shunt intrahepático portosistémico). Su manejo precisa una perfecta coordinación con enfermería y radiología intervencionista, y seguimiento para prevenir complicaciones y ofrecer al paciente el mayor grado de confortabilidad. Por ello, en el 2018 se presentó un Acuerdo de Gestión para aumentar la calidad en este proceso asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la atención al paciente con ascitis refractaria:

1. Optimizar la atención para mejorar la seguridad y confort del paciente
2. Evitar la variabilidad
3. Protocolarizar la indicación y seguimiento del paciente sometido a TIPS
4. Evitar el consumo de recursos innecesarios como los ingresos inadecuados.
5. Disminuir la incidencia de complicaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante el 2018 se elaboro un protocolo de paracentesis evacuadora, un consentimiento informado para paracentesis, unas normas de actuación de enfermería durante el procedimiento y una hoja de registro de cada paciente con ascitis refractaria. Con el Acuerdo de Gestión del 2019 pretendemos completar las actividades pendientes como colgar en la intranet el consentimiento informado tras su aprobación por la comisión correspondiente, elaborar un registro informático con datos clave del paciente y posibles efectos adversos y elaborar un informe tipo para el médico de atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

n pacientes sometidos a paracentesis al año
Nº de ingresos pacientes /año
nº de pacientes sometidos a TIPS al año
Tasa de complicaciones leves: umbral 5%
Tasa de complicaciones graves: umbral 1.5%
Tasa de repermeabilización TIPS: umbral 20%
Tasa de modificación calibre TIPS: umbral 20%
Evaluación mediante cuestionario de calidad de vida específico (CLDQ)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración registro informático: 1 mes
Elaboración informe médico de atención primaria: 1 mes
Puesta en marcha y seguimiento del proyecto: 9 meses

9. RECURSOS NECESARIOS.

No existe un plan de necesidades. Disponibilidad de tiempo para su realización

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0957 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD SAZATORNIL REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- NOYA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
- LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- GRACIA CASADO GEMA LUCIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
- REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
- CASAJUS NAVASAL ANDREA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El personal de enfermería de las unidades de hospitalización conjuntamente con los farmacéuticos, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el manejo de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los mismos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico.

Tras la elaboración de un mapa de riesgos en el manejo de fármacos llevado a cabo en las unidades de cuidados del HUMS y las evaluaciones que se realizan periódicamente desde el servicio de farmacia, se han detectado problemas a lo largo de la cadena terapéutica del medicamento, lo que requiere la puesta en marcha de medidas correctivas y preventivas para evitar potenciales daños a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia, neveras y armarios de dispensación automática, con criterios de seguridad, evitando así caducidades y devoluciones innecesarias.
- Mejorar el proceso de reposición de la medicación en las unidades de enfermería optimizando el proceso de reposición de stock, disminuyendo el número de pedidos urgentes.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo, para el paciente, de cada unidad de hospitalización, y establecer recomendaciones para su uso seguro.
- Asegurar que la manipulación de medicamentos peligrosos en las unidades de hospitalización es la correcta, evitando riesgos para la salud de los profesionales que los manejan.
- Mejorar la custodia y dispensación controlada de estupefacientes y psicótrópos en las unidades de cuidados de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Actualizar e implementar el protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".
- Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad (45 botiquines)
- Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
- Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos(incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.
- Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización
- Elaborar listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización.
- Informar y formar sobre los riesgos asociados a los mismos y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para la salud de los profesionales que los manipulan.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% unidades de hospitalización que han puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos al servicio de farmacia: 64%-80%

% unidades de cuidados de enfermería donde consta documentación que incluya el listado de medicamentos peligrosos más habituales en la unidad y el manejo seguro de los mismos:64%-80%

Número de peticiones urgentes / devoluciones de medicamentos realizadas desde las unidades de enfermería al servicio de farmacia: disminuir un 30%

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0957 (Contrato Programa)**

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actualización del protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos". Febrero 2019
Comunicar proyecto Abril - Mayo 2019
Implantar el protocolo año 2019
Normalizar botiquines en hospitalización. Año 201
Implantar el circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos Durante 2019
Implantar circuito de solicitud, recepción y custodia de estupefacientes Durante 2019
Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización febrero 2019
Evaluación del número de devoluciones y solicitudes urgentes de medicamentos realizadas, comparando los años 2018 -2019 Diciembre 2019
Comunicar resultados- Diciembre 2019

Todas las actividades se realizaran por los integrantes del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para poder completar el proyecto sería necesario seguir con la implantación de la prescripción electrónica así como continuar con la adquisición de sistemas de dispensación de fármacos para las unidades del hospital
Imprimir a color y plastificar la documentación para los botiquines
Gavetas de diferentes tamaños para el correcto almacenaje de fármacos
Etiquetas de colores para fármacos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1437 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII. (CONTINUACION DEL PROYECTO 2018-0131)

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIRECCION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
• CARMEN GARCES ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
• ACHA PEREZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• NOYA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Continuando con el proyecto, relacionado con el proceso de nutrición clínica, que se llevó a cabo en el año 2018 en las unidades de medicina interna y proceso de cadera del Hospital Universitario Miguel Servet, nos marcamos, para el año 2019, continuar con la estrategia de implantación en las unidades de cirugía general y hepatobiliar. El tipo de patologías que requieren intervención por parte de la UNyD en la unidad de cirugía serán, ileostomías, colostomías, intestino corto, cirugía bariátrica, duodenopancreatectomía (insuficiencia endocrina y exocrina con diabetes y malabsorción) y gastrectomizados, así como todos los pacientes portadores de nutriciones artificiales en dicha unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

• Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta hospitalizado en la unidad de cirugía general y hepatobiliar del HUMS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Valoración estado nutricional.
Detección de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE Y AP en la unidad de cirugía
2. Abordaje terapéutico y de cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla en cirugía
3. Garantizar la continuidad de cuidados en aquellos pacientes que lo requieran

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes de las unidades de cirugía, que se han incluido en el proyecto a los que se le realiza la valoración nutricional- 95%

% de pacientes, de las unidades de cirugía, que se han incluido en el proyecto, con nutrición enteral/ parenteral de reciente instauración que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA -95%

% de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración, que completa al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria-95%

% de pacientes de cirugía, con nutrición artificial de reciente instauración con informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria-95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las actividades incluidas en el proyecto se llevaran a cabo a lo largo del año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1507 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA IMPLANTACION DE LA NUEVA DOCUMENTACION UTILIZADA EN LA EVALUACION DE LOS RESIDENTES

2. RESPONSABLE ELENA DUASO LONGAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DOCENCIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL CURA BILBAO ALICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MORENO ESCRIBANO MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CITACIONES
· DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION
· SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION
· SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. COMISION DE DOCENCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A raíz de la nueva documentación de evaluación de personal en formación especializada aprobada por el Ministerio de Sanidad (Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE 95/2018) se hace necesaria la evaluación de su cumplimentación. Esta nueva normativa recoge importantes modificaciones, otorgando más peso a la evaluación del tutor y modificando el sistema de evaluación de los períodos de recuperación. Dado que es una normativa nacional, es obligatorio actualizar nuestra documentación, adaptando las nuevas directrices y utilizándola en los residentes que superaron la evaluación del año 2018.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implantar los nuevos modelos de Informe de rotación MIR F_01_CD e Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD y monitorizar su uso en el año lectivo 2019-2020
- Implantar los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en la constitución de los Comités de evaluación de las Unidades Docentes durante los meses de Abril y Mayo de 2019.
- Implantar los nuevos modelos de documentación en la evaluación y constitución de los Comités de evaluación de los períodos de recuperación en evaluaciones negativas recuperables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio
- Aprobación de la documentación en la Comisión de Docencia del HUMS
- Difusión de la nueva documentación a las Unidades Docentes mediante sesiones informativas a los tutores
- Evaluar la cobertura de la utilización de la nueva documentación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1) Elaboración de la nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio: Sí.
- 2) Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UUDD realizadas (Nº de actividades de difusión realizadas)
- 3) Nº de Unidades Docentes (UUDD) que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD (Nº de UUDD que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD / Nº total de UUDD x 100). Estándar 80%
- 4) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación / Nº total de UUDD x 100). Estándar 95%
- 5) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación para evaluaciones negativas recuperables (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación de evaluaciones negativas recuperables / Nº total de UUDD que tienen evaluaciones negativas recuperables x 100). Estándar 80%

El indicador 3 se calculará mediante un audit de la documentacion presentada en los distintos comités de evaluación anuales de cada UD, tomando aleatoriamente la evaluación de 1 residente en UUDD con <6 residentes y 2 residentes en UUDD con >5 residentes

Los indicadores 4 y 5 se calcularán a partir del análisis de la totalidad de los registros existentes en la secretaría de la Comisión de Docencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UUDD: Febrero-Marzo

2019

Aprobación metodología por Comisión de Docencia: Febrero-Marzo 2019

Muestreo aleatorio de UUDD: Abril

2019

Recogida de datos : Abril-Mayo 2019

Revisión de utilización de nueva documentación durante evaluación anual (desde octubre de 2018, fecha en que se

Proyecto: 2019_1507 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA IMPLANTACION DE LA NUEVA DOCUMENTACION UTILIZADA EN LA EVALUACION DE LOS RESIDENTES

comenzó a implantar la documentación de rotaciones): Junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesario recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

2. RESPONSABLE PATRICIA DE DIEGO GARCIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H MIGUEL SERVET
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TRINCADO AZNAR PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - ACHA PEREZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - MARTINEZ GARCIA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - ALVARADO ROSAS ALMENDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - ALVAREZ RUIZ SOLEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido al frecuente uso de la amiodarona en nuestro medio, se ha detectado un importante porcentaje de alteraciones tiroideas secundarias a dicho tratamiento evaluadas en las interconsultas hospitalarias y consultas ambulatorias de endocrinología.

La amiodarona es un potente antiarrítmico cuya dosis terapéutica supone un aporte excesivo de yodo para el paciente, ocasionando disfunción tiroidea en aproximadamente el 18% de los casos. La tirototoxicosis inducida por amiodarona (TIA), con una incidencia del 10%, es más prevalente en áreas deficitarias de yodo y existen dos cuadros clínicos diferentes: La TIA-1 se suele desarrollar en sujetos con enfermedades tiroideas de base y está causada por efecto Jod-Basedow (por sobrecarga de yodo) mientras que la TIA-2 ocurre en pacientes sin enfermedad tiroidea de base y es consecuencia de una tiroiditis destructiva inducida por el fármaco. Así mismo, existen formas mixtas que comparten características de ambas. El diagnóstico diferencial entre las distintas formas de TIA es importante ya que el tratamiento es completamente distinto: la TIA-1 se trata preferiblemente con tiamidas y la TIA-2 con corticoides; en los casos de causa indeterminada se puede realizar tratamiento combinado.

El diagnóstico diferencial se puede hacer con gammagrafía tiroidea con Tecnecio, anticuerpos antitiroideos, la existencia de bocio y la ecografía doppler, pero ninguno de los métodos disponibles discrimina con certeza entre ambos tipos de TIA, siendo necesaria una combinación de métodos diagnósticos para lograr diferenciar un tipo de otro, y a pesar de ello sigue sin conseguirse en un gran porcentaje de casos. Recientemente se ha comenzado a hablar del uso de la gammagrafía con sestamibi, cuya captación es normal o aumentada en la TIA-1 y ausente en la TIA-2.

- Estudios recientes realizados para diferenciar ambos tipos de TIA, proponen un protocolo terapéutico y diagnóstico basado en iniciar tratamiento mixto con prednisona y tiamidas valorando la respuesta periódicamente y según ésta, establecer un diagnóstico diferencial y continuar con el tratamiento más apropiado en cada caso.
- La ecografía doppler parece ser una de las mejores técnicas para diferenciar entre ambos tipos de TIA. La ausencia de vascularización del parénquima tiroideo correspondería a los casos de TIA-2 y por lo tanto a aquellos pacientes que responder a tratamiento corticoideo de forma precoz.
- La gammagrafía con tc99m-sestamibi parece ser una prueba fácil y altamente efectiva para diferenciar ambos tipos de TIA: la captación difusa es sugestiva de hiperfunción tisular en pacientes con TIA-1 y ausencia de captación en pacientes con TIA-2. Por lo que esta prueba incrementaría la precisión diagnóstica permitiendo un tratamiento adecuado para cada paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Incrementar la precisión diagnóstica en la tirototoxicosis inducida por amiodarona.
- Valorar la eficacia de un protocolo diagnóstico-terapéutico en pacientes con TIA.
- Valorar la correlación de los resultados de la ecografía doppler y la gammagrafía con Tc99m sestamibi con el resto de pruebas complementarias habituales: anticuerpos antitiroideos y gammagrafía tiroidea.
- Evitar tratamiento innecesarios con corticoides o tiamidas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Establecer un protocolo diagnóstico para los casos de TIA consultados al servicio de Endocrinología y Nutrición mediante interconsulta hospitalaria.
- Establecer un protocolo de terapia combinada para la TIA de etiología indeterminada.
- Monitorización de función tiroidea a las 2 semanas y posteriormente cada 4 semanas por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición durante el ingreso o de forma ambulatoria según cada caso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Valorar la prevalencia de TIA-1 y TIA-2.
- Correlacionar los resultados de las distintas pruebas complementarias utilizadas en el diagnóstico diferencial de la TIA
- Valorar la ecografía doppler como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
- Valorar la gammagrafía con Tc99m sestamibi como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
- Poner en marcha el protocolo diagnóstico y terapéutico
- Valorar porcentaje de pacientes en los que se ha podido establecer un diagnóstico diferencial y en los que

Proyecto: 2019_0198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

se ha podido individualizar tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se considera que la duración será de 1 año. Constará de una primera consulta donde se inicia tratamiento y se solicitan las pruebas complementarias y segunda (2º semana) y sucesivas visitas (cada 4 semana) para valorar resultados, evolución y ajuste de tratamiento en cada caso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0417 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

2. RESPONSABLE ALEJANDRO SANZ PARIS
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE DIEGO GARCIA PATRICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• GRACIA RUIZ MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• ZAPATA ADIEGO CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• BIMBELA SERRANO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• GARCIA NAVALON PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• CASAMAYOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes con obesidad mórbida requieren tratamiento quirúrgico. Su situación metabólica hace que requieran un tratamiento nutricional individualizado en el perioperatorio inmediato. En el preoperatorio deben perder peso para facilitar el tratamiento anestésico y en el postoperatorio la dieta debe ser progresiva, desde líquida, pasando por semisólida y luego blanda para conseguir tolerancia digestiva ante una cirugía restrictiva y/o malabsortiva. Se requiere que este tratamiento nutricional se ofrezca al paciente con la mínima demora posible. Se tratan además de pacientes complejos con múltiples comorbilidades que requieren un seguimiento ajustado por requerir diferentes dietas en las fases en las que va pasando y tratamiento por los déficits nutricionales que pueden aparecer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1-Indicar y explicar una dieta de muy bajas calorías 2 meses antes de la cirugía para una pérdida de peso aproximada de un 10%.
- 2-Indicar y explicar dieta postcirugía inmediata en sus diferentes fases
- 3-Coordinar los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes en un equipo multidisciplinar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1-Se abre una consulta de alta resolución de Nutrición Precirugía Bariátrica para realizar valoración nutricional (encuesta dietética, antropometría e impedancia) e indicar dieta muy baja en calorías (800 Kcal/día) dos meses antes de la cirugía. Dicha consulta la realizarán los médicos de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición.
- 2-Durante el ingreso hospitalario por su intervención quirúrgica de cirugía bariátrica, el personal de enfermería de la Unidad de Nutrición y Dietética realizará educación nutricional de estos pacientes. Explicación de la dieta líquida los primeros 15 días, luego semisólida 40 días y luego blanda.
- 3-Tras el alta hospitalaria, el paciente será revisado en consultas de cirugía bariátrica y de endocrinología bariátrica para su correcta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Porcentaje de pacientes de cirugía bariátrica que entran en el programa (se compararán los pacientes del registro de cirugía bariátrica con el de la consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica) (indicador >90%)
- 2- Porcentaje de pacientes que pierden un 10% del peso corporal antes de la intervención quirúrgica (se revisarán los datos de la consulta) (indicador >65%)
- 3- Reingreso hospitalario por complicaciones en la dieta de pacientes tras cirugía bariátrica (se revisarán los datos de los ingresos hospitalarios en la historia clínica electrónica) (indicador <10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración será continua durante todo el año y siguientes.
Calendario: este programa se incluye en la actividad asistencial de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, de forma que no tiene finalización.
La consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica tendrá su inicio el 13 de marzo de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

La actividad se realiza con los medios que ya disponemos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0417 (Acuerdos de Gestión)

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE TIENEN RECOGIDO EN EL OMI EL INFORME DE SU ULTIMO FONDO DE OJO

2. RESPONSABLE ISABEL AZCONA MONREAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GARCIA MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL. MIR. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ALVARADO ROSAS ALMENDRA. MIR. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes causante de un importante número de casos de ceguera. Por ello, dentro del programa de Atención Integral a la Diabetes Mellitus de Aragón está recogida la necesidad de un seguimiento periódico de estos pacientes mediante la realización de un fondo ojo. La periodicidad de estos reconocimientos depende de los hallazgos encontrados en las revisiones y en líneas generales, los pacientes que no presentan alteraciones en la retinografía deben continuar con los seguimientos cada 2-3 años. En el Sector II de Zaragoza las revisiones de fondo ojo de los pacientes que no tienen complicaciones retinográficas se hacen en el ambulatorio de Sagasta por parte de médicos de cabecera entrenados en la interpretación de las retinografías. Valoran la imagen clasificándola en normal o patológica registrando su resultado en el OMI y en Intranet. En caso de retinogramas dudosos o patológicos se deriva al paciente a Oftalmología. Es en este momento cuando es valorado por Oftalmología y según el resultado de su valoración decide si el paciente precisa seguimiento en su consulta debiendo comunicar el resultado al médico de familia. Son muchos los pacientes en los que el resultado del oftalmólogo del último fondo de ojo no está registrado en Intranet y desde las consultas de Endocrinología no podemos acceder a él. Por tal motivo creemos necesaria una recogida del total de pacientes en los que no esté recogido en Intranet el resultado del último fondo de ojo y valorar a qué nivel del escale se encuentra el fallo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Recogida del número de pacientes diabéticos tipo I y II de los que no se dispone del último informe del fondo de ojo (Zona Casablanca, Semirario y Valdespartera).
-Evaluación de las causas y del nivel del fallo (Paciente, Oftalmología, Medico de Cabecera y/o Endocrinología)
-Detectar en el momento adecuado los pacientes diabéticos que presentan alteración de retinográfica para que puedan beneficiarse de un control más estricto de la glucemia con idea de revertir los daños o evitar peor evolución.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Todos los paciente diabéticos que vengan a las consultas de Endocrinología (tanto como primer día como revisión) se confirmará que tiene el informe de su último fondo de ojo en Intranet.
En caso de no disponer de él, preguntar al paciente si ha acudido recientemente a revisión de su fondo de ojo (y confirmarlo en la pestaña de episodios de Intranet o el las evoluciones de su Médico de Cabecera).
Se hará una nota informativa que entregará tanto a su médico de cabecera como al Oftalmólogo que le revisa de la necesidad de disponer de este informe y que se lo entregue en mano al paciente (recogiendo el diagnóstico y el tiempo para la próxima revisión). El paciente deberá entregar una copia tanto a su Médico de Cabecera como al Endocrinólogo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Recoger en una tabla Excel los paciente diabéticos I y II que no tienen recogido en Intranet el resultado de su último fondo de ojo.
-Calcular el porcentaje de estos pacientes cogiendo como muestra total los diabéticos que se ven en 4 meses en las consultas de Endocrinología.
-Evaluar a qué nivel se encuentra el fallo y porcentaje causal :
*El paciente no entrega a su MAP el informe del oftalmólogo
* El oftalmólogo no le ha hecho informe al paciente
* El MAP no ha registrado en Intranet el informe que le ha dado el Oftalmólogo
* El Endocrinólogo no ha evaluado si el paciente tiene registrado los últimos fondo de ojo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio inmediato. Recogida de los datos en los próximos 4 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE TIENEN RECOGIDO EN EL OMI EL INFORME DE SU ULTIMO FONDO DE OJO

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0822 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

2. RESPONSABLE REYES ABAD SAZATORNIL
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• NAVARRO AZNAREZ HERMINIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• LOPEZ MIRETE ANTONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
• VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según la norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. Durante los dos últimos años, se han realizado importantes esfuerzos para adaptar el sistema de gestión de la calidad a las exigencias de la actualización de la Norma ISO 9001:2015. La implantación de la metodología Lean permite ofrecer mecanismos para reducir rápidamente de manera drástica el coste, los tiempos y mudas, que es todo aquello que consume recursos de tiempo, personas, material, etc. sin aportar valor al proceso y además proporciona las herramientas y las pautas organizativas que disminuyen la variabilidad y aumentan la calidad. Esta metodología ha sido empleada con éxito en el entorno sanitario, y en el rediseño de procesos de Servicios de Farmacia Hospitalarios. A pesar del avance continuo en la mejora de los procesos en el servicio de Farmacia del HUMS en los últimos años, se habían detectado ineficiencias y variabilidad en algunos de ellos, desorden, falta de la organización y distribución irregular de las cargas de trabajo por lo que consideramos imprescindible homogeneizar los procesos y reducir las tensiones entre diferentes áreas y/o funciones. Así como definir las competencias y funciones de cada puesto de trabajo.

Para lograrlo hemos decidido utilizar la metodología Lean

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Gestionar el riesgo del Servicio de Farmacia(SF) mediante la implantación de acciones y/o el desarrollo de planes de contingencia de los puntos críticos detectados en los análisis AMFE
-Mantener el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad de los requisitos de la Norma ISO 9001.
-Formación básica y sensibilización de todo el personal en metodología lean
-Reorganizar, simplificar y reducir los tiempos de proceso
- Estandarizar las operaciones y reducir los errores que se producen
- Mejorar la comunicación
El análisis y reingeniería incluye a todos los procesos del SF

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Finalizar los planes de contingencia para minimizar los efectos de los posibles fallos
Análisis y seguimiento de las incidencias.
Planificación, acreditación, y evaluación de la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario.
Formación básica en metodología Lean y sensibilización dirigida a todos los profesionales del SF
Constituir grupos de trabajo multidisciplinares para cada proceso
Redefinir el mapa de procesos del SF
Para cada proceso realizar un análisis de las tareas, tiempos, profesionales que intervienen, identificar las mudas y sus causas, planificar cambios y asignar responsables, implantarlos y controlar los cambios implantados
Definir los estándares de trabajo, y las rutinas de gestión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% AMFES con planes de contingencia definidos (standard 100%)
Mantener acreditación de las sesiones del SF
Establecer un procedimiento para la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario del SF
% profesionales del SF formados en metodología Lean (standard >70%)
Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF
% procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%)
% procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se especifica fecha fin para alcanzar objetivo
Planes de contingencia : junio 2019
Mantener acreditación de las sesiones del SF: diciembre 2019
Procedimiento para la efectividad de los planes formativos : junio 2019

Proyecto: 2019_0822 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

% profesionales del SF formadas en metodología Lean (standard >70%): junio 2019
Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF: diciembre 2019
% procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%): diciembre 2019
% procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%): junio 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.
Se dispone ya de ayuda para la reingeniería de procesos
No se precisan recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0828 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

2. RESPONSABLE MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· PEREZ RONCERO GONZALO RAMON. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· TORRON MONTERDE NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· ESCABOSA ALEGRE MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· VILLABONA JIMENEZ MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-AUMENTAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.
-FACILITAR A FAMILIA/PACIENTE INFORMACIÓN REFERENTE AL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD MEDIANTE LA ENTREGA DE FOLLETO INFORMATIVO
-VALORAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTE/FAMILIAR MEDIANTE UNA ENCUESTA ANÓNIMA.
-VALORAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA MEDIANTE UNA ENCUESTA ANÓNIMA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL RESPONSABLE AL INGRESO.
2.PRESENTACIÓN DEL RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD AL PACIENTE Y FAMILIAR AL INGRESO.
3.ENTREGA A FAMILIARES Y/O PACIENTES DEL TRÍPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD A SU INGRESO HOSPITALARIO.
4.RECOGIDA Y REGISTRO, DE MANERA ESTANDARIZADA Y ESTRUCTURADA, DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DIAGNOSTICAR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL.
5.VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES/FAMILIARES MEDIANTE UNA ENCUESTA ANÓNIMA.
6.VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA MEDIANTE UNA ENCUESTA ANÓNIMA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE VALORACIÓN AL INGRESO. (=90%)
-ENTREGA DE FOLLETO INFORMATIVO AL INGRESO. (=70%)
-ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PACIENTE/FAMILIA. (=50%)
-ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA). (=50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Junio 2019 Fecha de finalización: Junio 2020

-Inclusión del documento en la Historia Clínica. Junio 2019
-Entrega de folleto informativo. Desde Julio 2019 a Junio 2020
-Cumplimentación del documento. Desde Julio 2019 a Junio 2020
-Revisión mensual. Desde Agosto 2019 a Junio 2020
-Encuesta de satisfacción paciente/familiares. Desde Septiembre 2019 a Junio 2020
-Encuesta de satisfacción personal sanitario. Desde Septiembre 2019 a Junio 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Impresión de folletos informativos para paciente y/o familiares.
-Impresión de encuestas anónimas de valoración del grado de satisfacción para paciente/familiares
-Impresión de encuestas anónimas de valoración del grado de satisfacción para personal sanitario.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0828 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. MULTIMORBILIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0830 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

2. RESPONSABLE RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DEZA PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
- CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
- RUIZ MARISCAL MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
- CATALAN ESTEBANEZ OSCAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
- FERNANDEZ LOZANO CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria. El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Estas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso. En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Inclusión del documento desarrollado para la ayuda en la toma de decisiones clínicas a los profesionales sanitarios en la Unidad de Geriatria de agudos(UGA)
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
- 2.- Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería. El médico responsable.
- 3.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
- 4- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Inclusión del mismo en la Historia Clínica. SI
2. Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico responsable, al ingreso del paciente. (=50%)
3. Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (=50%)
4. Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. SI
5. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Junio 2019 Fecha de finalización: Junio 2020
Inclusión del mismo en la Historia Clínica. Junio 2019.
Cumplimentación del documento. Desde Julio 2019 hasta Junio 2020.
Revisión mensual. Desde Agosto 2019 hasta Junio 2020.
Encuesta de satisfacción. Desde Enero hasta Junio 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Documentos impresos para la inclusión en la historia clínica del paciente.
- Impresión de escala de satisfacción del personal sanitario implicado en la asistencia del paciente.
- Soporte informático para la recogida de datos en la base de datos en formato EXCEL.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0830 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. MULTIMORBILIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0836 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANJUAN CUARTERO ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· CONSTANTIN ANCUTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· ESCABOSA ALEGRE MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GRACIA CUADRADO LIRIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GONZALEZ FERNANDEZ MARIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· TORMO BOZAL RAQUEL. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· ALVAREZ LACARTA MARIA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.

Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
- 2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
- 3.- Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
- 4.- Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 5.- Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 6.- Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
- 7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Adecuar al formato de HCE el informe de alta multidisciplinar que contiene el plan de atención recomendado al alta hospitalaria, diseñado en el proyecto num. 1118_2018.
- 2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
- 3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
- 4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
- 5.- Seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1.- Diseño de informe de alta de Geriatría multidisciplinar en HCE. Resultado: SI
- 2.- Nº de informes de alta multidisciplinarios /Nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
- 3.- Utilización de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI.
- 4.- Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%
- 5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%.
- 6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
- 7.- Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto comienza en mayo/19: Diseño de informe de alta de Geriatría multidisciplinar en HCE.
En junio/19: puesta en marcha de la elaboración de los informes de alta multidisciplinarios, de la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.

1. TÍTULO
Proyecto: 2019_0836 (Acuerdos de Gestión)
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

En abril/20: Evaluación de indicadores.
En mayo/20: propuesta de mejora del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Móvil para el seguimiento telefónico al alta hospitalaria
2. Material impreso: Documento con criterios pacientes diana, Trípticos, Encuestas
3. Soporte informático para la recogida de datos en la base de datos en formato EXCEL

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología/Multimorbilidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0615 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

2. RESPONSABLE ANA IBORRA MUÑOZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LASALA VILLA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• BARBERO NEILA CAROLINA. TSLBC. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• ZORZANO VALERO ANUNCIATA. TSLBC. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LATORRE MARCELLAN PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma ISO: 15189 para laboratorios de análisis clínicos. Desde el año 2009 se ha mantenido dicha acreditación y se han ido ampliando los alcances acreditados.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar de forma continuada, siendo el compromiso del Servicio de Hematología 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 establecen objetivos e indicadores que permiten medir este proceso de forma periódica mediante un sistema de mejora continua, así como detectar posibles errores y riesgos reales o potenciales en todos los procesos del sistema (fases preanalítica, analítica y postanalítica).

Nuestra propuesta como proyecto de mejora es el mantenimiento de dicha certificación para el año 2019 así como la ampliación del alcance acreditado con la incorporación de nuevas determinaciones en el área de hemostasia especial, mediante el compromiso de los profesionales implicados en ella.

Para ello es necesario conseguir los objetivos planteados para este período por parte del laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal es mantener la acreditación en las áreas conseguidas y ampliar la acreditación en el área de coagulación especial del laboratorio de hematología del HU Miguel Servet para el año 2019 en las siguientes determinaciones:

INR, Actividad de Protrombina, Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina parcial activada, Tiempo de Tromboplastina parcial activada-Ratio, Tiempo de Trombina, Tiempo de Trombina-Ratio, Fibrinógeno derivado Fibrinógeno Clauss, Antitrombina, Factor II coagulométrico, Factor V coagulométrico, Factor VII coagulométrico, Factor VIII coagulométrico, Factor VIII cromogénico, Factor IX coagulométrico, Factor X coagulométrico, Factor XI coagulométrico, Factor XII coagulométrico, Factor XIII antigénico, Resistencia Proteína C Activada- Ratio, Anticoagulante Lúpico: Veneno de la víbora de Russell diluido, Anticoagulante Lúpico: Silica Clotting Time, Von Willebrand Factor antigénico, Von Willebrand Factor Cofactor Ristocetina, Von Willebrand Factor Collagen Binding, Proteína C cromogénica, Proteína S libre, heparina no fraccionada, Heparina de bajo peso molecular, Trombocitopenia inducida por Heparina, Plasminógeno, Homocisteína

Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2019 en los distintos procesos del sistema (fase preanalítica, analítica y postanalítica)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditorías, seguimiento de objetivos e indicadores, gestión de las no conformidades, incidencias, etc) para la mejora continua según la norma UNE-EN ISO 15189

Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en:

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros.
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
6. Realización de la Revisión por la Dirección.
7. Auditoría interna.
8. Auditoría externa de ENAC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En la fase preanalítica:

1. Número de incidencias por centros de salud, para valorar aquellos en los que hay que hacer una labor preventiva y
2. Número de muestras insuficientes, incidencia determinante en la sección de coagulación especial donde es motivo de anulación de estudios.

En la fase analítica:

1. Cumplimiento del control de calidad interno.
2. Cumplimiento del control de calidad externo (teniendo especial atención en el área de ampliación, coagulación especial).

Proyecto: 2019_0615 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

En fase postanalítica:

1. Tiempo de respuesta (haciendo hincapié en el resultado de los pacientes hospitalizados, así como valorando el cumplimiento en el tiempo de respuesta de las determinaciones de la coagulación especial).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: enero 2019

Fin: diciembre 2019

Revisión del sistema de calidad: 2º trimestre 2019.

Auditoría interna: febrero 2019.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna 2019: febrero/marzo 2019.

Auditoría externa: mayo 2019.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa del 2019: Junio/octubre 2019.

Formación de los profesionales: de enero a diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los propios del laboratorio

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no aplica

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ISABEL IZQUIERDO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COSTILLA BARRIGA ANASTASIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- DE RUEDA CILLER BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ANSO OLIVAN VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- GALEGO VIZOSO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
- BELLIDO PEREZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- DELGADO BELTRAN MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El trasplante alogé'nico de médula ó'sea sustituye la hemopoyesis defectuosa del paciente por una normal de un donante sano. Estos pacientes tienen un elevado riesgo de complicaciones a corto como a largo plazo, por lo que se benefician seguimiento multidisciplinar. Las complicaciones más frecuentes son:

- a. Enfermedad de injerto contra receptor aguda (EICRa):
- b. Enfermedad de injerto contra el receptor crónica (EICRc).
- c. Infecciones: durante los primeros meses pos trasplante,
- d. Disfuncio'n neuroendocrina: problemas tiroideos (hipo e hipertiroidismo), insuficiencia adrenal, disfuncio'n gonadal, infertilidad... son complicaciones habituales en la fase tardi'a postTPH.
- e. Problemas musculoesquele'ticos: osteoporosis, miopati'as, necrosis avascular...
- f. Si'ndrome metabo'lico
- g. Complicaciones renales
- h. Los si'ndromes linfoproliferativos postTPH
- i. Segundas neoplasias
- j. Adaptacio'n psicosocial

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- a. Evaluar la actividad el programa de trasplante auto'logo y alogé'nico de donante emparentado.
- b. Crear un grupo de trabajo multice'ntrico de trasplante con facultativos de todos los centros hospitalarios de Arago'n, con reuniones mensuales.
- d.. Crear un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagno'stico, la atencio'n, la derivacio'n y el seguimiento de los pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al trasplante. Debe incluir un anatomopato'logo, hemato'logo de hospitalizacio'n, dermato'logo, oftalmo'logo, digesto'logo, gineco'logo, uro'logo,, reumato'logo y un psicólogo. Periodicidad bimensual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- a. Realizar sesiones semanales intraservicio para organizar la lista de espera de trasplante.
- b. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar intrahospitalario que mejore la organizacio'n del programa de trasplante de PH del HUMS
- c. Realizar protocolos de actuacio'n en el a'mbito del trasplante:
 - o Protocolo de profilaxis de EICR
 - o Protocolo de manejo de la EICR aguda (circuito de diagno'stico ra'pido)
 - o Actualizaci3n del protocolo de manejo de la EICR cr3nica (circuito de diagno'stico ra'pido)
 - o Protocolo de esquemas de acondicionamiento pretrasplante
- d. Crear una "consulta telefo'nica" que evite desplazamientos innecesarios a los pacientes.
- e. Consensuar junto el Sº de Bioquímica perfiles analíticos para seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, y niveles de inmunosupresores.
- f. Elaborar de un protocolo de actuacio'n de forma ambulatoria ante un EICHc, incluyendo te'cnicas disponibles.
- g. Implementar escalas de calidad de vida: Las encuestas más utilizadas para pacientes adultos sometidos a alo TPH son The Short-form (SF-36) y la FACT-BMT.
- h. Crear de un grupo multicé'ntrico con facultativos de Hematología de todos los centros hospitalarios de Arago'n

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Numero de sesiones intraservicio anuales documentadas mediante acta.
2. Nu'mero de sesiones interdisciplinarias hospitalarias anuales. documentadas mediante acta.
3. Nu'mero de sesiones multice'ntricas anuales documentadas mediante acta.
4. Realizacio'n de 2 protocolos anuales. si/no
5. Implementacio'n consulta telefo'nica: si/no
6. Realizacio'n de perfiles postrasplante: si/no
7. Porcentaje de pacientes con encuesta de calidad de vida. 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2 AÑS

Proyecto: 2019_1377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0936 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CALIDAD HIGIENICO SANITARIA DE LAS ENSALADAS ELABORADAS EN COCINA (COMIDAS CON ALGUN INGREDIENTE NO SOMETIDO A TRATAMIENTO TERMICO)

2. RESPONSABLE MARIA PEREZ SALILLAS
· Profesión VETERINARIO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DI PAOLO CASANOVA GUILLERMO. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· MARTINEZ LASA MARIA GLORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· ESPINOSA PEREZ CARMEN. PINCHE. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· FRANCO GRACIA DIEGO. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· CALVERA VILLANUEVA CRISTINA. PINCHE. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· RIOS DOMINGUEZ ELENA. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· VERA CEAMANOS MIGUEL. HOSTELERO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante los resultados obtenidos en años anteriores en comidas no sometidas a tratamiento térmico se plantea el compromiso del Servicio de cocina de formar un grupo de trabajo multidisciplinar para lograr una mejora continúa basada en la planificación, control y medición de la eficacia de los procesos implicados en la elaboración de estos platos.

Motivación y participación de personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar los resultados microbiológicos de las ensaladas: porcentaje de resultados por debajo de los límites establecidos en comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaborar protocolos de preparación de ensaladas.

Incluir en base de datos las fichas técnicas de cada una de las ensaladas

Formación y seguimiento del procedimiento de lavado de vegetales

Formación y seguimiento de los procedimientos de limpieza y desinfección de equipos (lavadora de verduras, cortadora de hortalizas, tablas y utensilios de corte)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Resultados microbiológicos por debajo de límites establecidos:

85% de resultados satisfactorios en recuento de aerobios (inferior a 106 ufc/g) en comidas con ingredientes no sometidos a tratamiento térmico

85% de resultados satisfactorios en recuento de enterobacterias (inferior a 104 ufc/g) en comidas con ingredientes no sometidos a tratamiento térmico

90% de resultados satisfactorios en control del registro de buenas prácticas higiénicas

90% de resultados satisfactorios en control del registro de buenas prácticas de manipulación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Seguimiento y evaluación de resultados obtenidos. Revisión trimestral. Año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: Implicación del personal de cocina.

Recursos materiales: base de datos, Excel, programa spss.

10. OBSERVACIONES.

Los límites de control microbiológicos para la valoración de resultados han sido acordados por el "Grupo de trabajo de control microbiológico en hospitales" en la reunión con el Laboratorio de Salud Pública, basados en el Programa de control de criterios microbiológicos y agentes zoonóticos. Dirección General de Salud Pública de 22 de octubre de 2018.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE TRINIDAD PIQUER GOMEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
• ESTEBAN ESCOLANO SARA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
• ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de los planes de acogida, las necesidades de formación se deben de llevar a cabo con un método liderado por los responsables de formación pero basado en la detección de las dificultades y /o problemas que los responsables asistenciales, junto con sus equipos profesionales detectan en sus servicios / unidades y que son prioritarios para mejorar o solucionar esas necesidades formativas.

La enfermería de cuidados intensivos desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante, caracterizado por la aparición de nuevas tecnologías asistenciales que modifican profundamente sus puestos de trabajo, la formación en los diferentes cuidados, procedimiento habituales y de nueva implantación va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar a los nuevos profesionales de enfermería de cuidados intensivos la formación necesaria para desarrollar sus funciones en el cuidado del paciente crítico.
- Proporcionar información sobre el manejo de las tecnologías necesarias para cuidado y tratamiento del paciente crítico
- Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse a las unidades de intensivos facilitando la integración en el equipo asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un curso de formación para el personal de nueva incorporación en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.
- Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:
 - ? Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
 - ? Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
 - ? Manejo de fármacos de utilización compleja.
 - ? Manejo avanzado informática adecuada a la UCI
 - ? Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
 - ? Electrocardiografía básica y RCP básica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Elaboración del programa de acogida para el personal de nueva incorporación.
2. Información de la oferta formativa al personal de nueva incorporación:
 - El 90% de los profesionales realiza el programa de acogida.
3. Nº de sesiones realizadas.
 - El 50%. Para este año se realizan el programa de acogida para el personal del enfermería que se incorpore antes del periodo vacacional.
4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con el programa de acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Marzo 2019
2. Identificación de las áreas a trabajar en el programa de acogida.
 - 1º semestre 2019
3. Definición de un formato estándar para la acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
 - 1º semestre 2019
4. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en las unidades de cuidados intensivos
 - Se valorará tras la realización del programa de acogida.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para la realización de estos cursos se dispone del Aula del Servicio de Medicina Intensiva dotado de medios audiovisuales propios para la formación teórica.

- Material audiovisual: - Presentaciones en PowerPoint.
- Material de uso habitual en UCI: Respiradores, bombas de perfusión....
- Test de conocimientos.
- Encuesta de valoración de la actividad formativa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRITICOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0794 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICION DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL H.U.MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA BELEN VICENTE DE VERA BELLOSTAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
- LAVIÑA LARDIES BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- GONZALEZ QUILEZ ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
- GUERRERO TRENADO ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- AGUDO MOLERA RUT. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
- PATRICIA BORJA VALIENTE. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI
- NADAL BARBERIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La planificación óptima del proceso de transición del paciente, desde una Unidad de Cuidados Intensivos a otra Unidad, se define como "el cuidado proporcionado antes, durante y después de la transición con el objetivo de asegurar la mínima interrupción posible y la continuidad en el cuidado del paciente". Un proceso de transición adecuado contribuye al incremento de la satisfacción de los pacientes y familiares, la continuidad en el cuidado, la disminución de la estancia hospitalaria. El informe de continuidad de cuidados estándar elaborado en Cuidados Intensivos contiene información relativa a datos de identificación del paciente, la enfermedad motivo de ingreso en la UCI, constantes vitales del paciente al alta de la UCI, medicación intravenosa (incluida nutrición parenteral), tolerancia gástrica (indicando si es portador de SNG y tipo de alimentación enteral), estado del cuidado de escaras o heridas, tipos de drenajes, fechas de inserción de vías e identificación del profesional que cumplimenta el informe. Sin embargo, cuando la situación clínica del paciente requiere una larga estancia en UCI, es importante resaltar como uno de los factores determinantes del proceso de transición, la "comunicación" entre los miembros del equipo de UCI con el equipo del área de hospitalización al que va a ser trasladado. Esta comunicación debe abarcar diferentes aspectos: nivel de dependencia, de apoyo familiar, aspectos psicosociales, e implicación de otros profesionales en la recuperación del paciente: como fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, logopedia... En este traspaso de información también se debe incluir las necesidades de los familiares del paciente, en diferentes estudios publicados en relación a este tema, se han identificado varias necesidades prioritarias: la "necesidad de información" y la "necesidad de reducir la ansiedad" relacionada con el cambio de entorno, la incertidumbre, el miedo a lo desconocido y la disminución de la monitorización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Garantizar una continuidad asistencial a pacientes de larga estancia en UCI cuya situación clínica requiera una mayor comunicación entre el personal de enfermería de ambos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana sobre la que se va a realizar un seguimiento en la continuidad de cuidados UCI-Hospitalización.
- Definición de un formato estándar de continuidad de cuidados consensuado entre los profesionales de enfermería de UCI Traumatología y Planta de Neurocirugía del H.U.M.S.
- Definición de un formato estándar de información para los familiares del paciente durante el proceso de transición.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Garantía de continuidad de cuidados con criterio de inclusión en el proyecto.
 2. Definir la población diana a la que se realizara el seguimiento del proyecto de continuidad de cuidados.
- 100% de los criterios de inclusión están definidos.
3. Definir el proyecto de continuidad de cuidados.
 4. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida al personal de Neurocirugía.
 5. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida Familia/Paciente.

Proyecto: 2019_0794 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICION DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL H.U.MIGUEL SERVET

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Marzo 2019.
2. Identificación de las necesidades de comunicación entre las dos servicios, áreas a protocolarizar en cada una de las consultas
 - 1º semestre 2019
3. Elaboración de un folleto de información al familiar del paciente
 - 1º semestre 2019
4. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
 - 2º semestre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes criticos de alta al area hospitaliría
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0887 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJADA ARTIGAS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· SANTED ANDRES MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· OLMOS PEREZ FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI CIRUGIA CARDIACA POSTOPERADOS
· MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI CORONARIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La aplicación de los sistemas pronóstico a nivel individual y poblacional permite categorizar los pacientes en términos de gravedad o de riesgo, en función de las variables más relevantes que pueden medirse en UCI (mortalidad, complicaciones, disfunción de órganos, estancia, grado de discapacidad, secuelas a largo plazo y calidad de vida). La hipótesis general que sustenta el uso de estos sistemas, establece que las variables clínicas que pueden valorarse al ingresar en UCI anticipan la supervivencia y otros resultados finales de éstos. Esto se basa en la evidencia de que la edad creciente, la presencia de una comorbilidad crónica subyacente y que las alteraciones fisiológicas se acompañan de mayor mortalidad. Dichos sistemas contribuyen a estimar y comparar la calidad de la asistencia proporcionada en las diferentes instituciones, guiar la planificación de recursos para la asistencia a nivel local, investigar la capacidad técnica y asistencial de los servicios e identificar las formas de tratamiento más efectivas de acuerdo con la gravedad de los enfermos, ayudar a las familias y médicos en la toma de decisiones y contribuir en el desarrollo de investigaciones clínico-epidemiológicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Desarrollo herramientas informáticas adecuadas que integren variables fisiológicas y analíticas que permitan y faciliten el cálculo de estimadores pronósticos adecuados al proceso que motiva su ingreso.
-Implementación distintos estimadores pronósticos y fragilidad: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. Procesos médicos quirúrgicos polivalentes), GRACE ACS Risk Score y CRUSADE Score (Síndrome coronario Agudo), EUROSCORE II (Post-operado de Cirugía Cardíaca), estimación grado fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity).
-Evaluación temporal por unidad y grupo patológico del grado de cumplimiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Conocer el grado de fragilidad de la población ingresada en UCI basada en datos clínicos y en la aplicación de un estimador pronóstico apropiado al proceso que motiva su ingreso.
Evaluación temporal del grado de cumplimiento por unidad y grupo patológico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Determinar el grado de fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity) $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. APACHE-II: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes con procesos médicos o quirúrgicos ingresados > 24 horas en UCI
3. GRACE y CRUSADE: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes ingresados por un Síndrome Coronario Agudo
4. EUROSCORE-II: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes post-operados de Cirugía Cardíaca.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida.
Reevaluación de cumplimiento y resultados cada mes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Adecuación herramienta de gestión clínica

10. OBSERVACIONES.

Ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología crítica
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0887 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0898 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJADA ARTIGAS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· SANTED ANDRES MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· OLMOS PEREZ FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI CIRUGIA CARDIACA POSTOPERADOS
· MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI CORONARIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Como parte de la estrategia de implementación del "Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos" (PNRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia IRAS-PROA Aragón cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibióticos.

La complejidad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos conlleva un elevado consumo de recursos tanto a nivel microbiológico como farmacéutico, entre otros. No es suficiente con disponer de la información. El "cómo" se presenta y "cómo" se documenta es fundamental. El trabajo multidisciplinar es indispensable para ajustar la herramienta a la necesidad clínica, facilitando la obtención de la información y la generación de la información. El empleo de sistemas de información clínica (SIC) persigue mejorar los resultados finales del proceso asistencial, mejorando la seguridad y la calidad, y colaborando en la mejora de su gestión. La adopción de herramientas que ayuden a gestionar los procesos de cuidados de estos enfermos puede generar una distribución más eficiente de los recursos sanitarios, puesto que los SIC facilitan a tiempo la información necesaria para optimizar la toma de decisiones clínicas y de gestión, y para desarrollar una asistencia más efectiva, eficiente y segura.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Adecuación de la herramienta informática a las necesidades de información IRAS-PROA.
2. Mejorar la seguridad de la transferencia de información en el traslado a planta de hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Adecuación de la herramienta informática de gestión clínica en UCI que dé respuesta a:

1. Datos del protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de intensivos relacionados con el paciente (origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo, infección-colonización multirresistencia previa, etc)
2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.
3. Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y hora de finalización.
4. Pruebas microbiológicas solicitadas (indicándose fecha y hora solicitud).
 - a. Como prueba piloto se incluirán resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.
5. Creación de un "visor" con capacidad de integración en el sistema informático del hospital que permita la visualización de la historia clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por unidad/mes $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. Inclusión en los informes de alta de UCI de los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin.
3. Inclusión automatizada del tratamiento en $\geq 80\%$ de los informes de alta.
4. Tabulación resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos relacionados con muestras respiratorias y hemocultivos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida. Valoración de resultados y de cumplimentación cada mes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Adecuación herramienta de gestión clínica.
2. Dado las características del centro (III Nivel) inclusión de un intensivista dentro de la ESTRATEGIA IRASPROA ARAGÓN 2018

Proyecto: 2019_0898 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

10. OBSERVACIONES.

Necesidad inclusión de un Intensivista en la Estrategia IRASPROA ARAGÓN

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Crítica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

2. RESPONSABLE ALBERTO MOYA CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ROMERO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· APARICIO JUEZ SARAY. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MAESTRE DUCAR INES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· APARICIO JUEZ CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· CASAS MARGELI MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El ictus es una emergencia sanitaria en la que si se aplican las medidas adecuadas de soporte vital y si se reduce el tiempo de inicio del tratamiento de reperfusión, disminuye la mortalidad y las secuelas que produce. El Ictus es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en la población total. Además, es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia.

En UCI ingresan aquellos pacientes de mayor gravedad bien porque un bajo nivel de conciencia residual obliga a continuar la ventilación mecánica o porque ha habido complicaciones en el procedimiento de reperfusión (farmacológica o mecánica).

Este es un motivo de ingreso en UCI importante, por su relativa frecuencia y por las implicaciones de gravedad y secuelas residuales que tiene. La enfermería de UCI tiene un gran papel encargándose de medidas de soporte respiratorio y hemodinámico, control neurológico y vigilancia de posibles complicaciones. Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incompreensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, lo que es una UCI y las actuaciones que se pueden seguir allí.

Por ello la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar, sino que también puede ayudar a proporcionar una información adecuada, sobre todo haciéndola comprensible en relación a todos los aspectos relacionados con esta patología. En el momento del ingreso la familia no comprende en profundidad toda la información oral que se le proporciona, por el proceso estresante y la incertidumbre del pronóstico que envuelve la situación. Por eso consideramos pertinente entregar un tríptico informativo sobre esta dolencia recalcando lo más relevante, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda comprenderlo y consultarlo en caso de duda.

Sin duda una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente con Ictus.

Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.

Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.

Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible

Entrega del documento

Valoración de indicador

Propuestas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico Ictus a los que se les entrega el díptico correspondiente.

ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.

Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma 2019

Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora:

Abril

Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril a

Julio

Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: Abril a

Julio

Entrega de información: Julio a Noviembre

Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora:

Diciembre

Proyecto: 2019_1206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

9. RECURSOS NECESARIOS.

Uso de reprografía para la impresión de los trípticos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACION DE INCLUSION EN EL PROGRAMA DEL CRONICO COMPLEJO DEL SALUD

2. RESPONSABLE MARIA SEVIL PURAS
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BUENO CASTEL CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• MARTINEZ BARREDO LUCIA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• UGENCIO ISARRE ANDREA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• PARDOS CLAVERIA BARBARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• SUSO ESTIVALEZ CATALINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• GARCIA ARANDA ALFONSO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cada vez se incrementa más el número de pacientes crónicos complejos. Éstos se caracterizan por padecer varias enfermedades crónicas, limitantes y progresivas, y asociados a la sobreutilización de los servicios de salud, la polifarmacia y el deterioro funcional, además de los factores socio-familiares que condicionan la complejidad en su atención.

Un 5 % de estos pacientes crónicos complejos suponen casi la mitad del consumo de hospitalización urgente y son los que generan la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales.

El modelo de atención del paciente crónico complejo es un modelo de atención específico para pacientes con pluripatología y/o en fases avanzadas de la enfermedad crónica. Propone una atención integral del paciente, fundamentado en la continuidad asistencial a través de objetivos comunes, acciones coordinadas y diálogo entre los equipos de referencia y soporte y dirigido a mejorar la calidad de vida según objetivos consensuados por los equipos asistenciales con los pacientes y sus familiares

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Comprobar qué pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna están tipificados como pacientes crónicos complejos con un GMA > 97%
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales del paciente crónico complejo.
- Mejorar la atención del paciente crónico complejo, enfermo pluripatológico y de avanzada edad que requiere de una gran atención por parte de los servicios sanitarios
- Disminuir agudizaciones mediante seguimiento planificado
- Reducir hospitalizaciones urgentes y estancias prolongadas
- Adecuada indicación y uso proporcionado de los tratamientos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Pacientes ingresados en Medicina Interna en Hospital Miguel Servet que cumplen criterios de paciente crónico complejo pero no se han incluido en el programa del paciente crónico complejo:

- Se identificarían como Pacientes crónicos complejos en el informe de alta y si es posible con la valoración multidimensional.
- En el apartado de observaciones se daría la recomendación al MAP de incluirlo en el programa de Atención al Paciente Crónico
- Se avisaría a enfermera gestora de la Unidad del Crónico Complejo para que contactara con la enfermera o Médico de Atención Primaria para aconsejar su inclusión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Proporción de pacientes que se han incluido en el programa del Crónico Complejo tras las recomendaciones dadas en el informe de alta del ingreso en Medicina Interna
- Número de pacientes que se han incluido y que han sido posteriormente atendidos en la Unidad de Crónicos Complejos y tipo de Atención que han requerido

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde abril hasta diciembre del 2019 recogida de los pacientes crónicos complejos que se beneficiarían de ser incluidos en el programa del Paciente Crónico Complejo y que han ingresado en el servicio de Medicina Interna de Hospital Miguel Servet.

En Enero y febrero del 2020 se revisarían cuantos de ellos han sido incluidos en el programa.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACION DE INCLUSION EN EL PROGRAMA DEL CRONICO COMPLEJO DEL SALUD

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1273 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ANA MARIA BIELSA MASDEU
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PEREZ CONESA MERCEDES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• MORALES MARIN MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• CASAFRANCA PINILLA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• CIPRES SERRANO SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• ROYO PEREZ ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• FERNANDEZ MAINAR TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• MIÑES FERNANDEZ PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El correcto manejo de los pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) es una importante área de mejora en el HUMS. Prácticamente a diario se atienden pacientes en el hospital de día, el hospital de semana o en las plantas de hospitalización para infusión de IGIV, bien como tratamiento sustitutivo de por vida, cada 2-4 semanas, en las inmunodeficiencias primarias (IDP) o como tratamiento inmunomodulador en algunas enfermedades autoinmunes. De todos ellos, una parte importante están a cargo de especialistas de medicina interna. Los efectos secundarios derivados del tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas se han descrito hasta en el 87% de los pacientes y pueden ser leves (los más frecuentes), moderados o graves. Son más frecuentes en las primeras infusiones y dependen de diferentes factores, entre ellos la concentración de inmunoglobulinas, velocidad de infusión, temperatura del preparado, de factores derivados de la fabricación de las mismas y de ciertos factores de riesgo que puede tener el propio paciente. A menudo los pacientes son premedicados de forma sistemática y de por vida con diferentes fármacos intravenosos como corticoides, analgésicos y antihistamínicos. Esta premedicación a su vez también es causa de efectos secundarios que pueden durar hasta 24 horas.

La aparición de efectos secundarios como disnea, hipertermia, temblor, hipertensión, en un paciente dado ha provocado en algunas ocasiones la suspensión del tratamiento y el desperdicio de un preparado de elevado precio como son las IGIV.

Se ha aprobado en Aragón el uso de preparados de inmunoglobulinas para administración por vía subcutánea para los pacientes con IDP que cumplen determinados requisitos. Con el uso de esta vía desaparecen prácticamente los efectos secundarios sistémicos. El conocimiento de dichos preparados por parte de enfermería puede favorecer que otros pacientes de otras especialidades o en otros hospitales se beneficien de ellos.

Es necesario que en hospital de día y hospital de semana se promueva la mejora del conocimiento de los efectos adversos de las IGIV, los factores que pueden desencadenarlos, como minimizarlos, y qué medidas se pueden adoptar para prevención primaria y secundaria y para su adecuado tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Fomentar el conocimiento de las causas que propician dichos efectos adversos y su adecuado manejo entre el personal de enfermería que atienden a los pacientes de Medicina Interna en tratamiento con IGIV.

Protocolizar el manejo de cada efecto secundario.

Registrar de forma protocolizada la aparición, evolución y manejo de los efectos secundarios en cada infusión.

Disminuir el número y gravedad de efectos secundarios y el uso de premedicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un grupo de trabajo con un facultativo del servicio de medicina interna de la unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas y otro de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día y del hospital de semana.

Elaboración de un manual de manejo del uso de las IGIV.

Elaboración de la ficha con los datos a recoger de cada paciente en cada infusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras el inicio del proyecto se hará un análisis de los siguientes indicadores:

- porcentaje de pacientes con efectos secundarios, tipo de efecto secundario, y tratamiento requerido

- porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido disminuir la premedicación a lo largo del año

- porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido suprimir la premedicación a lo largo del año

- porcentaje de pacientes que han optado por cambiar de vía de administración con paso a la subcutánea, para evitar los efectos secundarios

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019

Elaboración de la ficha con los datos a recoger en mayo

Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final del tercer trimestre.

Difusión de los resultados en reuniones de enfermería y medicina interna el final del último trimestre y en Congresos cuando se celebren.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1273 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA COLLADOS ABAD
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDEA CUENCA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ANDOLZ HORNO MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ALCOLEA HERRERO BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ SANCHEZ LETICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· HUERGA IBAÑEZ DANIEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Módulo Penitenciario del HUMS es la Unidad de Atención Especializada de referencia de la población reclusa de las cárceles de Zuera y Daroca principalmente. El número aproximado de esta población es de unos 1800 presos. En nuestra unidad disponemos de 8 camas reservadas para estos pacientes. Los ingresos y las altas se suceden diariamente y el médico responsable de cada interno dependerá de la especialidad designada a cada caso.

El paciente penitenciario suele tener un perfil pluripatológico, con altas prevalencias de trastornos mentales y adicciones. Sometidos a estrés emocional y grave riesgo de exclusión social, lo que suele llevar asociado que sea un paciente muy demandante.

Al ingreso, el paciente llega desde el Servicio de Urgencias o de manera programada custodiado por Guardia Civil o Policía Nacional. Normalmente y en el mejor de los casos la información sanitaria que porta el paciente se limita a describir el proceso agudo por el cual ha sido trasladado al hospital y algunas veces el tratamiento que toma. Consideramos que esta situación puede perjudicar al paciente y conllevar riesgo de errores, pérdida de tiempo y recursos. Al alta hospitalaria ocurre una situación similar, quedando incompleta la información para el centro penitenciario pues no suele incorporarse los cuidados enfermeros realizados o el seguimiento que precisa.

Hay internos que fuerzan los ingresos o reingresos para conseguir un beneficio personal como intentar contactar con familiares, salir de módulos de aislamiento, aumento de medicación... etc. Dichos ingresos podrían ser en algunos casos evitados o reducirse con una buena comunicación entre centros y estableciendo alguna medida de control.

Por lo que consideramos que la información y coordinación entre Atención Especializada y Atención Penitenciaria es imprescindible para la continuidad asistencial y cuidados enfermeros, lo que se traduce en una mejora de la eficiencia y la calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

GENERAL.
Garantizar y mejorar la continuidad de los cuidados enfermeros entre los ámbitos asistenciales Penitenciario ---- Especializada.

ESPECÍFICOS.

1. Clasificar las principales patologías de los internos que ingresan en el módulo.
2. Verificar los cuidados enfermeros que conllevan las diferentes patologías.
3. Conocer el trabajo de ambos entornos asistenciales y potenciar su coordinación.
4. Activar la comunicación bidireccional y asegurar la continuidad asistencial.
5. Garantizar el registro y transmisión de la información y así disminuir la variabilidad en la praxis, errores, tiempo y recursos.
6. Evitar ingresos y reingresos por falta de comunicación y coordinación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación del grupo de trabajo.
- Realizar una gráfica en la que se registrará la etiqueta del paciente, patología, incidencias, adicciones y si porta informe de cuidados al ingreso y alta.
- Tras la valoración de los datos anteriores, creación del grupo de trabajo compuesto por enfermeros de las diferentes instituciones penitenciarias y nuestro equipo de personal del módulo penitenciario del HUMS para conocer la estructura de trabajo en ambos servicios (intentar que sea in situ) y consensuar la mejor forma de comunicación entre ambos.
- Implimentar el programa de información y coordinación consensuada en el apartado anterior.
- Valoración del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de la primera parte del trabajo

- Nº de pacientes con determinada patología/nº total pacientes x 100.
- Número de incidencias al ingreso por falta de comunicación.
- % de pacientes que deberían seguir cuidados enfermeros al alta.
- % de pacientes que ingresan sin la información precisa.

Indicadores segunda parte del trabajo

Proyecto: 2019_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

- % de registros consensuados cumplimentados para la continuidad de los cuidados al alta (al menos 50%).
 - % de registros consensuados cumplimentados al ingreso del paciente (al menos 50%).
- Indicadores ambas partes del trabajo.
- Mínimo una reunión bimensual del grupo de mejora.
 - Tres reuniones con los compañeros de asistencia penitenciaria.
 - Encuesta de satisfacción del personal de enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril 2019: formación del grupo de mejora y explicar el proyecto al personal de la unidad. Primer contacto con enfermeros de Zuera y Daroca.

Abril - Agosto 2019: configurar e implementar la gráfica donde se van a recopilar los datos necesarios para realizar los porcentajes de valoración inicial.

Septiembre: recopilación de datos y valoración. Reunión con los compañeros de asistencia penitenciaria. Elaborar el método para la información recíproca (registros consensuados y si se precisa refuerzo telefónico).

Septiembre- Enero: implementación de los registros consensuados de altas e ingresos.

Enero 2020: Reunión del grupo y evaluación del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Fotocopias de las gráficas y registros.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PATOLOGÍAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO POR PARTE DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

2. RESPONSABLE JESUS MARIA LASSO OLAYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· HUESO DEL RIO LUIS ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· TEJADA ARTIGAS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes que tras una prolongada estancia en UCI pasan a la planta de neurocirugía adolecen de una gran complejidad que dificulta su seguimiento por parte de los cirujanos. Generalmente han sufrido varias infecciones, muchas veces por gérmenes multirresistentes, un importante deterioro funcional y, si la comorbilidad es importante, suelen presentar con frecuencia descompensación de su patología de base. Todo esto requiere una valoración global que puede ofrecer un internista.

Actualmente el servicio de Geriátrica ofrece atención médica a aquellos pacientes neuroquirúrgicos que tienen una edad de 76 años o más, mientras que el servicio de Medicina Interna atiende a los pacientes de 75 años o menos mediante interconsulta, con las limitaciones que ahora comentaremos.

Por eso desde el servicio de Medicina Intensiva, y con el visto bueno del jefe de servicio de Neurocirugía y la geriatra responsable de Neurocirugía, se contempló la posibilidad de contactar con el servicio de Medicina Interna antes del traslado para que nuestra valoración sea inmediata y no cuando el paciente haya empeorado en planta y seamos avisados de urgencia. Esto último es lo que sucede en muchas ocasiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desde la sección de Medicina Interna de apoyo a los Servicios Quirúrgicos, en colaboración con la UCI y el Servicio de Neurocirugía pretendemos conseguir una menor tasa de complicaciones de los pacientes en la planta de Neurocirugía, anticipándonos a las mismas y que el seguimiento conjunto de dichos pacientes redunde en un mejor pronóstico. Que el canal de comunicación funcione correctamente y seamos avisados a nuestro teléfono corporativo por parte de los intensivistas de la salida a planta de los pacientes con 24-48 horas de antelación. De ese modo podremos hacer la valoración del paciente desde el primer día en planta para anticiparnos a las posibles complicaciones. La población diana serían los pacientes menores de 76 años procedentes de la UCI y con destino a la planta de Neurocirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Aviso desde la UCI a nuestro teléfono corporativo uno o dos días antes de la salida del paciente a planta para que podamos reunirnos con ellos y conocer la situación del mismo.

Valorar a los pacientes menores de 76 años desde su primer día en planta y seguirlos con la periodicidad que éstos requieran.

Explicar a la familia nuestra labor y tenerla al día de la evolución desde nuestro punto de vista.

Establecer una reunión trimestral de los servicios implicados para establecer las posibles mejoras y los puntos débiles del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores posibles:

- número de pacientes al mes que salen de la UCI y seguimos en planta. Estándar 90%.
- número de pacientes que reingresan en UCI (comparar con otros años). Estándar < 4%.
- número de pacientes que fallecen en planta tras salir de la UCI (comparar con otros años). Estándar < 2% (se excluyen aquellos en los que se ha limitado el esfuerzo terapéutico)
- estancia media de los mismos (compararla con la previa del mismo tipo de pacientes)
- destino al alta
- número de otros especialistas que tiene que intervenir durante el ingreso.
- encuesta de satisfacción a los familiares.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración sería de un año desde que sea aprobado el proyecto y, si funciona, prorrogable a los posteriores. Los responsables de la implantación son los servicios implicados. De cada paciente hablaremos primero los intensivistas e internistas y, a diario, si es posible, cuando estemos en planta el internista con el neurocirujano que ese día pase la planta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un internista que, al menos pueda dedicar una tercera parte de su jornada a esta actividad, que implica las

Proyecto: 2019_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO POR PARTE DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGÍA PROCEDENTES DE LA UCI

reuniones en la UCI y el trabajo en la planta de Neurocirugía. Esto puede verse mermado y, por tanto, el proyecto algo debilitado, en periodos vacacionales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología neuroquirúrgica grave
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_1388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MORALES MARIN
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BIELSA MASDEU ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• CASAFRANCA PINILLA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• CASTRO FERNANDEZ BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• GRIMA CAMPOS LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• MORALES HIJAZO LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• ENGUIITA QUINTANA EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
• GARCIA SERRANO CONCHA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La correcta información y adiestramiento en el uso de las inmunoglobulinas subcutáneas (IGSC) en los pacientes con inmunodeficiencias primarias (IDP) es una importante área de mejora en el HUMS. Existen dos preparados disponibles en Aragón, uno de administración semanal (IGSC al 20%) y otro de administración mensual (fSCIG al 10%). Para poder prescribirlos, los pacientes deben cumplir una serie de requisitos concretos. Ambos están indicados como terapia sustitutiva con igual eficacia entre ellas. El modo de administración difiere entre ambas y requiere un entrenamiento previo con personal de enfermería del hospital de día. Personal que a su vez, debe estar específicamente formado.

En las consultas monográficas de IDP de Medicina Interna se atienden a pacientes de nuestro sector y de otros sectores del SALUD que se derivan por sospecha de IDP, y para paso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) a IGSC, con el consiguiente incremento del número de pacientes en tratamiento sustitutivo, de aproximadamente uno nuevo al mes. Esta vía de administración tiene dos ventajas principales: se autoadministra en el propio domicilio, hecho importante dado que la mayoría de los pacientes son trabajadores, y tienen muchos menos efectos secundarios que las IGIV.

Dado el creciente número de pacientes atendidos en nuestras consultas con requerimiento de tratamiento con inmunoglobulinas, es necesaria la creación de una guía de actuación en conjunto con enfermería para facilitar la elección del preparado más adecuado a cada paciente y la correcta formación, así como la creación de un manual de ayuda al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un tríptico con la información previa a la elección del tipo de IGSC en el que se facilite:
- Explicación básica de en qué consiste y las diferencias fundamentales de interés para el paciente de cada preparado.
- Efectos secundarios más frecuentes y su manejo
- Enlaces de internet a través de los que puedan ver como se realiza la autoadministración de cada preparado.
- Nombre de la especialista responsable de las consultas de IDP. Datos del Hospital de Día: localización, número de teléfono y nombre de la enfermera de referencia del hospital de día al que deberán acudir para las primeras administraciones y para la formación.

Elaborar un manual para la autoadministración de la IGSC al 20%

Elaborar un manual para la autoadministración de la fIGSC al 10%

RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR

Mejorar la formación de dos enfermeras en el manejo de los preparados para la vía subcutánea.

Facilitar la elección del preparado más adecuado para las capacidades de cada paciente.

Facilitar el manejo por parte del paciente de los problemas y efectos secundarios que puedan surgir.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un grupo de trabajo con el facultativo del servicio de medicina interna responsable de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día.

Para la elaboración de los manuales, todos los miembros del grupo revisarán los manuales de los fabricantes de cada producto y los existentes en otros hospitales, además tendrán en cuenta las sugerencias de los pacientes atendidos hasta ahora y los que se vayan atendiendo hasta la finalización del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras el inicio de la entrega del tríptico y manuales se hará un análisis de los siguientes indicadores:

- número de pacientes a los que se ha indicado tratamiento con inmunoglobulinas subcutáneas / número de pacientes que reciben el manual
- encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente tras finalizar el periodo de adiestramiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019.

Revisión de los manuales existentes y puesta en común de las sugerencias de los pacientes entre mayo y junio.

Asistencia a una sesión formativa organizada por el fabricante en junio.

Reunión de todo el grupo para poner en común los conocimientos adquiridos y sugerencias en junio.

Proyecto: 2019_1388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Elaboración del tríptico a finales de junio.
Elaboración de los manuales a finales de junio.
Entrega de los trípticos y manuales de julio a diciembre del 2019.
Análisis de los resultados finalizado diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL PROGRAMA PROA-BACTERIEMIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET A LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- LOSCOS ARANDA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- MARTINEZ JIMENEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- TIRADO ANGLAS GABRIEL ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las bacteriemias son infecciones con elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y morbilidad considerable en las que la optimización del uso de antibióticos ha demostrado tener un impacto pronostico significativo. Los programas PROA-Bacteriemia permiten dirigir el tratamiento empíricamente iniciado, reduciendo la presión antibiótica empírica; monitorizar la idoneidad de las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano del hospital y constituyen una oportunidad para la interacción con los prescriptores a nivel individual. La estrategia IRASPROA Aragón (infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, programa de optimización del uso de antibióticos) de 2018, tiene por objetivo optimizar la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibióticos. En el ámbito hospitalario, la actividad sobre bacteriemia se recoge en un documento y constituye una actividad fundamental en el grupo PROA-HOSPITALES. (<http://cort.as/-Gzoz>)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adecuar la actividad al documento "Actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia" Conocer el nivel alcanzado según los estándares del documento: básico, avanzado o excelente. Y las necesidades para implementar cada nivel.

Población diana: adultos con hemocultivos significativos positivos Niveles: I (S aureus, Candida spp, Enterococcus spp, pacientes en domicilio); II (Bacteriemias por microorganismos multirresistentes: enterobacterias BLEE /AmpC /productoras de carbapenemasas, bacilos gramnegativos no fermentadores XDR, Enterococos resistentes a vancomicina y Bacteriemias complicadas: recurrentes / persistentes; III(resto de bacteriemias)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Adecuación de la recogida de datos a la hoja Excel diseñada desde PROA-Hospitales.

Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado para transmitirlo y recabar información clínica.

Comunicación diaria de lunes a viernes del grupo sobre las bacteriemias que cumplan los criterios de inclusión para valoración.

Reunión semanal para conocer y comentar dificultades, casos controvertidos o importantes y planificar las actuaciones.

La atención por los clínicos del grupo estará enfocada al manejo clínico y la difusión de las guías de tratamiento empírico del hospital, el tratamiento adecuado por agente causal y la actuación tras resultados microbiológicos con un documento-cartel de check-list.

Las bacteriemias dadas de alta, se evaluarán de acuerdo al documento, se elaborará un informe tipo que se colgará en la intranet y se valorará la atención en consulta, en H de día o con Hospitalización.

La llamada telefónica y la mortalidad se recogerá todos los casos. La valoración clínica se hará en el nivel I fuera de UCI. En los niveles II y III se hará en función de los recursos humanos disponibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

De actividad, globales y por niveles:

- Número total de bacteriemias identificadas
- Número absoluto de bacteriemias evaluadas.
- Proporción de bacteriemia evaluadas: cociente de las anteriores.
- Numero absoluto de bacteriemias en las que existe oportunidad de intervención.
- Número absoluto de bacteriemias en las que se ha interactuado con el prescriptor
- Proporción de bacteriemias en las que, existiendo oportunidad de intervención se interviene

De resultado:

- Mortalidad a 14 y a 28 días para los 5 microorganismos más frecuentes: E. coli, S. aureus, K. pneumoniae, S. pneumoniae y E. faecalis
- Mortalidad a 14 y a 28 días según el origen (Comunidad, Relacionada con la Asistencia Sanitaria, Nosocomial)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actividad telefónica: diaria de 8 a 20 h los 365 días a través de los facultativos de atención continuada de microbiología.

Valoración clínica: de lunes a viernes de 8 a 15 h priorizando por niveles en función de los recursos humanos

Proyecto: 2019_1483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL PROGRAMA PROA-BACTERIEMIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET A LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

disponibles.

Recogida de datos básicos de foco, servicio y evolución: todo el periodo.

Elaboración de documentos: (primer semestre) hoja de recogida de datos, informe médico para pacientes dados de alta, manejo de infecciones específicas.

Reunión semanal del grupo. Todo el periodo.

Evaluación de los indicadores: anual y trimestral.

Identificación oportunidades mejora: todo el periodo

Difusión de resultados: a dirección, grupo IRAS-PROA del hospital y Comisión de infecciones con la elaboración de la memoria al menos anual. Sesión en los servicios con mayor índice de bacteriemia y aquellos que lo demanden. Al menos una vez al año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Instalación del Excel en la red del hospital.

Impresión de hojas de recogida de datos de bacteriemia. (1000 copias)

Impresión a color de check-list en formato bolsillo para la discusión formal de los casos. (1000 copias)

10. OBSERVACIONES.

La actividad clínica de nivel I será asumida por todos los componentes de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se cuenta con un becario para la implementación del proyecto desde la parte clínica junto con el clínico del PROA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCION QUIRURGICA ZERO (IQZ)

2. RESPONSABLE ANA MARIA CORTES RAMAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- LAHUERTA LORENTE LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
- CANTIN BLAZQUEZ SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET.
- NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La infección de lugar quirúrgico (ILQ), supone un importante problema para la seguridad de los pacientes, y es una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes. Es por ello que el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN), en su línea estratégica III (Prevención en Salud Humana), incluye "la prevención de la infección del lugar quirúrgico". Dentro de este apartado se hace especial desarrollo al proyecto de Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Por otra parte, el PRAN trabaja en permanente colaboración con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para ampliar el alcance de los programas de prevención ya existentes y desarrollar nuevas iniciativas. El proyecto IQZ está incluido en el Programa 3 de la Estrategia de Seguridad del paciente y recoge un paquete de medidas de probada eficacia en la reducción de la infección de herida quirúrgica.

El HUMS se incorporó al proyecto en 2018. Durante ese año, se realizó un estudio que puso de manifiesto una serie de debilidades en el sistema de información que no permitían evaluar correctamente las medidas propuestas en el bundle: en el 70% de los registros de quirófano no figura el tiempo de incisión; no se registra, ya que no existe un campo específico, el tipo de antiséptico utilizado para la antisepsia del campo quirúrgico y, aunque se registra la realización de la eliminación del vello, no se registra la calidad/adequación del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir la infección de herida quirúrgica en los procedimientos de prótesis de rodilla, cirugía de colon y ginecología.
- Adecuar los sistemas de información de HUMS de modo que permitan evaluar la adecuación de las medidas de prevención.
- Mejorar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en las unidades de implantación del proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisar y diseñar un registro con la información adecuada para permitir la evaluación de las medidas implantadas para la prevención de infección de herida quirúrgica.
- Formar al personal sanitario en la importancia de la recogida y cumplimentación correcta de los registros.
- Formar a los profesionales de enfermería en seguridad del paciente para la prevención y control de la infección de herida quirúrgica.
- Proponer la introducción y uso de dispositivos que permitan la implementación del paquete de medidas propuestos en el bundle de IQZ.
- Realizar auditoría del grado de cumplimiento y calidad de los datos recogidos en los nuevos registros.
- Evaluar el seguimiento de las medidas básicas IQZ

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- | INDICADOR | FORMULA | ESTANDAR |
|---|---------|----------|
| • Porcentaje de registro de tiempo de incisión en el registro quirófano: | | |
| - N° de registros en los que tiempo de incisión/N° de registros evaluados | | |
| - Estándar: =90% | | |
| • Adecuación global de la profilaxis AB: | | |
| - N° de IQ con la profilaxis adecuada/N° de intervenciones evaluadas | | |
| - Estándar: =85 % | | |
| • Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica (CA): | | |
| - N° de IQ con adecuado uso de CA/ N° de intervenciones evaluadas | | |
| - Estándar: 50% | | |
| • Cumplimiento global de la eliminación del vello: | | |
| - N° de IQ con adecuada eliminación vello/ N° de intervenciones evaluadas | | |
| - Estándar: 50% | | |

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseñar un registro con la información adecuada a las necesidades de seguridad y legislativas.
- Responsables: Ana Mª Cortés Ramas, Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
- Tiempos previstos: 2 meses
- Formación en profesionales de enfermería para la correcta y completa cumplimentación de variables.

Proyecto: 2019_1108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCION QUIRURGICA ZERO (IQZ)

- Responsables: Ana M^a Cortés Ramas, M^a Jesús Hernández Navarrete, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
 - Tiempos previstos: lmes
 - Adquisición de aplicadores de antiséptico.
 - Responsables: Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda
 - Tiempos previstos: lmes
 - Estudio a través de muestreo de evaluación de cumplimiento criterios básicos IQZ.
 - Responsables: Ana M^a Cortés Ramas y M^a Jesús Hernández Navarrete
 - Tiempos previstos: lmes
9. RECURSOS NECESARIOS.
- Adquisición de aplicadores de antiséptico para campo quirúrgico (Compromiso de la Dirección)
 - Reprografía: impresión del formato de registro diseñado
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Artrosis de rodilla, patología colón y ginecológicas
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1190 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

2. RESPONSABLE TERESA GIMENEZ JULVEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- CORTES RAMAS ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- INMACULADA SERRANO TRILLO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GOÑI BILBAO ITXASO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GARCIA OTEGA MARIANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las manos del personal sanitario son el principal mecanismo de transmisión de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La correcta higiene de manos es una medida imprescindible y eficaz para evitar la transmisión de dichas infecciones. El Servicio de Medicina Preventiva lleva desarrollando la Estrategia de Higiene de Manos (estrategia nacional e internacional) en el centro desde sus inicios, años 2005-2006. Durante este año 2019 se ha planteado la importancia de una consolidación de la estrategia mediante la formación y observación de los profesionales sanitarios del centro, la ampliación de la formación a otros profesionales no sanitarios como celadores y personal de limpieza y el despliegue de la higiene prequirúrgica de manos con productos de base alcohólica ya que presentan una mayor eficacia en la eliminación de la flora transitoria de nuestras manos, logran un efecto residual inhibiendo el crecimiento de la flora permanente, mejoran la dermatolerancia cutánea, ahorran tiempo y reducen costes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Impartir formación en higiene de manos a los profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet (facultativos, personal de enfermería, celadores, personal de limpieza en colaboración con su empresa)
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos post formación mediante la observación directa de los profesionales.
- Implantar la estructura para la realización de higiene prequirúrgica con PBA en los bloques quirúrgicos y otras áreas
- Realizar formación específica en higiene de manos prequirúrgica en bloques quirúrgicos.
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos prequirúrgica con PBA mediante la observación directa de los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Estructura

- Revisar los diferentes bloques quirúrgicos para detectar las necesidades estructurales previas a la implantación de higiene prequirúrgica con PBA
- Coordinar con las supervisoras implicadas la colocación de carteles, relojes y dispensadores para la implantación de higiene prequirúrgica con PBA

Formación

Las actividades previstas se van a desglosar según los destinatarios de las acciones

A) Personal de Enfermería

- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt)
- Realizar cronograma de formación en Unidades de Enfermería en colaboración con Supervisores.

B) Personal no sanitario (celadores)

- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt).
- Impartir cursos de formación acreditados a celadores. Previstos 4 cursos acreditados (10 horas por curso).

C) Personal de limpieza

- Participar en el diseño de materiales de formación con los responsables de formación del Servicio de Limpieza

D) Bloque Quirúrgico

- Diseño material formativo para higiene de manos prequirúrgica (presentación power point, protocolo de higiene de manos, poster formativo sobre la técnica).
- Realizar formación en Servicios quirúrgicos (total sesiones previstas: 22 sesiones).
- Realizar sesión de formación de formadores para profesionales de enfermería de bloques quirúrgicos (total sesiones previstas: 2)

Evaluación

Proyecto: 2019_1190 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

- Realizar evaluación del cumplimiento de higiene de manos y prequirúrgica mediante observación.
- Proporcionar feed-back de los resultados observados y establecer acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Diseño material formativo realizado: SI
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): Realizada.
- Realizar formación
- o Personal de Enfermería:

Cursos realizados en todas las Unidades de Enfermería: SI

% Profesionales formados (estándar >65%)

o Celadores:

Cursos realizados: SI

o Bloque Quirúrgico:

Cursos realizados en todos los servicios: SI

% Profesionales formados (estándar >65%)

- Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene prequirúrgica de manos mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 2019).

Realizar evaluación del cumplimiento en todos los servicios: SI

% Observación de correcta cumplimentación (estándar >80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019

- Diseño material formativo: enero
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): marzo, abril y mayo
- Realizar formación
- o Personal de Enfermería: distribuidas sesiones a lo largo del año
- o Celadores: Febrero, Marzo, Mayo y Octubre
- o Bloque Quirúrgico: Marzo a Julio
- Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene de manos prequirúrgica mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 2019)

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Posters
- Dispensadores
- Formadores en bloque quirúrgico

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dirigido a profesionales sanitario y no sanitarios.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

2. RESPONSABLE TERESA GIMENEZ JULVEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARZO MOLES MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- VILLAMON MARTIN RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- ROYO DIAZ SARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- BLASCO BORDEJE MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tradicionalmente, la higiene prequirúrgica de manos se ha realizado con cepillo y jabón antiséptico de Povidona Iodada o Clorhexidina, pero en la actualidad, en base a la evidencia científica, la recomendación es realizar la higiene prequirúrgica de manos con solución hidroalcohólica, por la mejor tolerancia cutánea de los usuarios y su mayor eficacia antimicrobiana que los métodos tradicionales en cuanto a la reducción de unidades formadoras de colonias (ufc) y mayor efecto antimicrobiano residual. Se ha demostrado que mantiene la microbiota debajo del guante mejor controlada que con la técnica clásica de lavado, ya que siempre se produce una nueva contaminación de la superficie de la mano al emerger los microorganismos desde sus reservorios en glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Con las soluciones hidroalcohólicas la recontaminación se retarda, obteniendo recuentos muy bajos de ufc, cercanos a cero, en improntas de dedos, incluso en intervenciones largas. Dentro de este marco conceptual es prioritario implantar las últimas recomendaciones científicas disponibles en relación a la higiene prequirúrgica de manos en las unidades del bloque quirúrgico de traumatología y la UCSI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

General

Implantar las soluciones de base alcohólica para el lavado de manos quirúrgico.

Específicos:

Mejorar la eficacia del lavado de manos,

Disminuir las dermatitis asociadas al uso de productos de lavado convencional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos. Colocación de los mismos.
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores
6. Realización de sesiones en el área.
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Actualización del protocolo- Realizado

Elaboración marco teórico de la sesión formativa: Realizada

Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados

Distribución cartelería/ relojes_ Realizado

Sesiones formador de formadores- Se formará al 100% de los formadores del bloque

Sesiones en la UCSI y bloque A- Se formará como mínimo al 50% de las enfermeras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actualización del protocolo- Enero 2019

Elaboración sesión formativa: 1º Trimestre 2019

Colocación dispensadores en área quirúrgica_ 1º semestre 2019

Distribución cartelería / relojes_ 1º semestre 2019

Sesiones formador de formadores_ 1º semestre 2019

Sesiones en la UCSI y bloque A- 2º semestre 2019

Evaluación resultados- Diciembre 2019

En las diferentes líneas participarán todos los miembros

Proyecto: 2019_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

9. RECURSOS NECESARIOS.

Carteleria.
Dispensadores de solución hidroalcoholica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- CORTES RAMAS ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GUERRERO DIAZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- TABUENCA ARCE MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- OVIEDO ALFARO JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- GIMENEZ JULVEZ TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes que desarrollan una infección de localización quirúrgica (ILQ) tienen mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas hospitalarias.

El Servicio de Medicina Preventiva (SMP) del HUMS tiene amplia experiencia en la vigilancia de las ILQ y tiene implantado un sistema que abarca 13 categorías de intervenciones quirúrgicas.

El sistema nacional de vigilancia de las IRAS de la RENAVE, publicó en 2016 los protocolos nacionales de vigilancia de las IRAS.

En Aragón, desde el Grupo de Trabajo IRAS dentro del Programa IRASPROA, se está coordinando la puesta en marcha de dichos protocolos y va a contar con una herramienta de registro en Historia Clínica Electrónica (HCE).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal:

Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos a través de la implantación del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ y utilizando la herramienta incorporada en la HCE. Los procedimientos a vigilar incluyen: bypass aortocoronario, cirugía de colon, prótesis de cadera y rodilla, cirugía del conducto biliar, hígado o páncreas, cirugía cardíaca, cirugía de vesícula biliar, cesárea, craneotomía, fusión espinal, laminectomía y bypass vascular periférico.

Objetivos secundarios:

- Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos vigilados.
- Proporcionar a las comunidades autónomas y a la RENAVE los resultados de la vigilancia de ILQ.
- Contribuir a disminuir las tasas de ILQ.
- Participar en la red europea de vigilancia de la infección quirúrgica del ECDC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Actividad a realizar por el grupo Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA.

2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. Actividad a realizar con el Servicio de Informática del Departamento de Sanidad.

3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 y adaptación de bases de datos.

4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. Se tendrán reuniones con los responsables de dichos servicios para presentarles el sistema y pactar con ellos los calendarios.

5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Dicha formación incluirá tanto el conocimiento del protocolo de vigilancia de ILQ como el manejo del registro en HCE.

6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores.

7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Protocolo aprobado en reunión del Grupo de Trabajo IRAS. Estándar: Sí. Fuente de información (FI): actas de las reuniones del Grupo de Trabajo IRAS.

2. Documentación del Sistema ISO 9001:2015 actualizada. Estándar: Sí. FI: documentación del sistema de gestión de calidad y actas de las reuniones del Grupo de Mejora de la Calidad.

3. Porcentaje del personal de enfermería del SMP que asiste al menos a una sesión formativa. Estándar: 100%. FI: registros de asistencia a las sesiones formativas.

4. Número de cirugías con formulario ILQ abierto en HCE / número de cirugías que cumplen criterios para vigilancia de ILQ * 100. La evaluación se realizará mediante muestreo aleatorio con tamaño muestral mínimo de 50. Estándar: 95%. Fuente de información: HCE (listados de intervenciones quirúrgicas realizadas y formularios ILQ).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Participación en el desarrollo del Protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Responsables (R): C Lapresta y MJ Hernández. Fechas de realización (FR): enero-abril 2019.

2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de

Proyecto: 2019_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

- ILQ. R: C Lapresta. FR: enero-abril 2019.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
4. Diseño de calendario de vigilancia de ILQ. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: mayo 2019.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el Hospital Universitario Miguel Servet. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. R: P Guerrero, ML Tabuenca y JC Oviedo. FR: mayo-diciembre 2019.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia, feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia y evaluación de indicadores del proyecto. C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: enero 2020.
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidos quirúrgicamente
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0788 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

2. RESPONSABLE PILAR EGIDO LIZAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- VIÑUELAS BAYON JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ROC ALFARO LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ARIAS ALONSO ANTONINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Lean es una filosofía y una metodología de trabajo basada en las personas, que busca la mejora continua y la optimización de los resultados. Las técnicas utilizadas se centran en dar valor añadido, la eliminación de desperdicios (todas aquellas actividades que no añaden valor) y en la comunicación entre las personas involucradas en cada etapa del proceso.

La situación actual requiere análisis para una mejor distribución de equipos y aminorar los desplazamientos innecesarios de personas (analizados mediante diagramas espaguetti) en la distribución de muestras y placas de cultivos.

Por ello, se va a analizar la situación actual y el flujo de valor del proceso de distribución de las muestras en busca de cambios operativos y estructurales, que faciliten el procesamiento minimizando los procesos que supongan despilfarros.

Por otro lado, en paralelo, se van a realizar encuestas para conocer el stress percibido, así como el clima laboral, durante el desarrollo del análisis LEAN y valorar la previsible mejora de satisfacción con las actividades a realizar por parte del personal

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Análisis situación actual
2. Medir el tiempo del procesamiento de una muestra
3. Detectar cuellos de botella
4. Analizar la distancia recorrida por las muestras en el laboratorio.
5. Conocer el nivel de stress y el clima laboral
6. Analizar todas las sugerencias del personal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar flujos de muestras de LCR urgentes

1. Toma de tiempos
2. Medida de distancias recorridas por las muestras
3. Cambios estructurales para la reubicación de las unidades
4. Revisar los circuitos informáticos para detectar flujos de información inadecuados
5. Realización de encuesta de stress dos veces al año
6. Realización de encuesta de clima laboral y satisfacción una vez año
7. Reunión con la o las personas que realizan sugerencias para evaluar su implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tiempo de procesamiento de muestras urgentes.

Tiempo de procesamiento de LCR después de establecer circuito*nº de LCR /

Tiempo de procesamiento de LCR antes de establecer circuito*Nº de LCR

Objetivo: Cociente <1

Movimientos de las muestras.

Medida de distancias recorridas por los LCR después del circuito/

Medida de distancias recorridas por los LCR antes del circuito

Objetivo: Cociente <1.

Para la medida de ambos indicadores se tomará una parte muestral de los LCR recibidos

Cambios estructurales realizados Sí /no

Circuitos informáticos revisados si/no

Número de encuestas realizadas de stress y clima laboral, 30% de la plantilla

Número de reuniones realizadas por unidades 10 en total

Número de sugerencias realizadas y respondidas, 90% en menos de un mes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio análisis marzo 2019

Encuesta inicial de stress mayo 2019.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0788 (Acuerdos de Gestión)**

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Encuesta final de stress noviembre 2019
Encuesta de clima laboral noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con la Universidad de Zaragoza en la realización dos trabajos fin de grado para los estudios. Coste cero
Encuesta de clima laboral que tiene coste, pero se asume fuera de presupuesto hospitalario.
Encuesta de stress coste cero.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0821 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H MIGUEL SERVET
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FORTUÑO CEBAMOS BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - MARTINEZ SAPIÑA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua.

Los ejercicios de intercomparación proporcionan una valoración independiente de los datos del laboratorio, comparados con valores de referencia o con el desempeño de laboratorios similares, aportando a la organización la confirmación de que los aspectos técnicos de sus servicios son satisfactorios o alertando sobre la necesidad de investigar problemas potenciales dentro del laboratorio. La participación permite además probar el desempeño en nuevos ensayos o mediciones, en aquellos que se llevan a cabo con poca regularidad y comparar los resultados obtenidos utilizando métodos diferentes, ayudando así a seleccionar la metodología que mejor se adecúa a sus características y a las necesidades de sus clientes.

Los ejercicios de intercomparación permiten al Servicio de Microbiología:

- Aportar resultados a los estudios de exactitud y cálculo de incertidumbre, en el caso que sea necesario, para realizar la correspondiente validación de los métodos
- Verificar la calidad de los métodos de ensayo empleados
- Detectar sesgos que pueden no evidenciarse con los programas de control de calidad interno
- Identificar los métodos de análisis que presentan menores sesgos y conocer los sesgos asociados a las distintas técnicas
- Monitorizar la evolución de los métodos de ensayo a lo largo del tiempo
- Comparar su "calidad técnica" con otros laboratorios
- Identificar errores en el funcionamiento de sus equipos
- Supervisar la formación, cualificación y competencia técnica de su personal

Desde que se inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009, el Servicio de Microbiología, gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas, este aumento hace necesario ampliar y modificar los registros de los ejercicios de intercomparación externos para adecuarlos a las necesidades actuales del Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Gestión de los ejercicios de intercomparación externos (programas de SEIMC, Labquality, QCMD, etc..) realizados en el Servicio de Microbiología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- analizar los actuales controles externos, para implementarlos en las nuevas técnicas acreditadas y adecuar los existentes para las técnicas ya acreditadas
- actualizar el procedimiento de trabajo y los diferentes formatos de registro para que puedan ser analizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1º indicador: Realización y difusión en intranet del procedimiento de trabajo de los ejercicios de intercomparación y los formatos de registro SI/NO

2º indicador: Mantener actualizados los registros de los ejercicios de intercomparación: >90% de los controles registrados

3º indicador: Realización de los ejercicios de intercomparación de las técnicas acreditada dentro del tiempo de respuesta: >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: abril 2019

Proyecto: 2019_0821 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Fecha de finalización: abril 2020

- Realización y difusión en intranet del procedimiento relativo a los ejercicios de intercomparación y sus formatos de registro: mayo 2019
- Realización de un curso/taller para presentación y formación para el uso de los nuevos formatos de registro: junio 2019
- Complimentación de los registros de controles externos: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para el mantenimiento y ampliación de la acreditación, se necesita, además de la estabilidad del personal facultativo y técnico implicado y el normal funcionamiento del Laboratorio en cuanto a equipos, materiales y reactivos, el aseguramiento y mantenimiento de los siguientes recursos económicos, de momento disponibles:

- Presupuesto destinado a nivel del Salud y Unidad de Calidad para cubrir los gastos de ejercicios de intercomparación externos adecuados a las técnicas acreditadas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL LOU ARNAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUTIERREZ DALMAU ALEX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
- PAUL RAMOS JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
- ALADREN REGIDOR MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
- SORIA VILLEN ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este proyecto de calidad pretende mejorar las limitaciones registradas en la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma. La inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal hace recomendable una revisión presencial de los pacientes, actividad que no podemos cubrir dadas las limitaciones de la Unidad de Trasplante Renal. En la actualidad seguimos este procedimiento:

- Recogemos el informe del Nefrólogo responsable del paciente, el informe de la visita presencial que sistemáticamente realizan Urología y Anestesia y el estudio Hematológico.
- Revisamos cuidadosamente toda la información y elegimos entre tres opciones:
 - o Incluir directamente el paciente en Lista de Espera de Trasplante Renal (sin visita previa).
 - o Solicitar estudios complementarios.
 - o Programar una revisión presencial en casos complejos seleccionados.

Debemos tener en cuenta la progresiva presión asistencial (1.009 trasplantes realizados desde 2005, controlando en la actualidad 900 trasplantados con 4.298 revisiones anuales), en crecimiento año a año. La preocupación por no poder visitar o revisar los pacientes pendientes de trasplante se incrementa al haberse registrado en el último año un deterioro de indicadores de resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Pretendemos optimizar la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal en dos aspectos:

- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia.
- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El análisis de nuestra Lista de Espera de Trasplante Renal muestra los siguientes datos a fecha 25 Febrero 2019:

- Pacientes incluidos en lista de espera de trasplante renal: 92
- Pacientes pendientes de estudio y revisión: 156
- o Pacientes en estudio para inclusión en lista: 117
- o Pacientes en exclusión temporal: 23
- o Pacientes incluidos en lista no revisados en un periodo superior a 24 meses: 16

A estos 156 pacientes habría que añadir las revisiones necesarias y el estudio de nuevos pacientes que surgen a lo largo del año (cada año se incluyen 90-100 pacientes en lista de espera y sería necesario reevaluar en torno a 35-40). Podemos realizar por lo tanto una estimación total de primeras visitas para el próximo año de 156 + 130: 286 pacientes. Actualmente tenemos capacidad para revisar 40 pacientes en dos medias consultas de lista de espera (Drs. Paul y Gutiérrez).

Como opciones para cubrir esta demanda asistencial se plantea la suma a estas consultas de mañanas de tres consultas mensuales, 33 al teniendo en cuenta el mes reglamentario de vacaciones (complemento B por exención de guardias del Dr. Lou) proponiendo como contenido de la actividad abrir una consulta de actualización de Lista de Espera de Trasplante Renal de la Comunidad Autónoma.

La organización de la consulta consistiría en:

- o Primeras visitas dedicadas a:
 - Inclusión de pacientes en Lista de Espera de Trasplante Renal.
 - Reevaluación tras periodos de exclusión temporal por patología asociada.
 - Reevaluación planteada tras dos años de permanencia en lista o cambios relevantes en comorbilidades o perfil inmunológico
- o Programación de las visitas:
 - 4 primeras visitas de 45 minutos: 3 h
 - 3 Revisiones de 20 minutos: 1 h
 - Cierre de documentación e informes: 1 h

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Este incremento de actividad y agilización de protocolos nos permitiría mantener actualizada la lista de espera, aunque no realizar la revisión presencial de todos los pacientes. Podríamos citar un total de 172 pacientes al año para revisión presencial, seleccionados de entre los de mayor complejidad.

Indicadores:

Proyecto: 2019_0240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia en un porcentaje de pacientes > 80 % de los remitidos para inclusión.
- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera: revisión de un porcentaje de pacientes incluidos en lista > 50 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: Abril 2019

Fin: Abril 2020

Responsables de la implantación: Los Drs. Lou, Paul, Gutiérrez, Aladré, y Soria.

Evaluación del proyecto:

- Revisión cuatrimestral de la actualización de los informes de entrada en lista de espera de trasplante renal, coincidiendo con las reuniones periódicas con los servicios de Nefrología de la Comunidad Autónoma.

- Revisión cuatrimestral del porcentaje de paciente revisados mediante visita en nuestra consulta en relación con los incluidos en lista de espera.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Utilizaremos con este fin de Despacho Médico de la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), libre en horario de tardes.

10. OBSERVACIONES.

No

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL LOU ARNAL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PERNAUTE LAVILLA RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• CAMPOS GUTIERREZ BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• PERALTA ROSELLO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• MEDRANO VILLARROYA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• CANTIN LAHOZ VICTOR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• GOMEZ BAILO SHEILA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
• CALLIZO CRISTINA. ENFERMERO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El inicio de Tratamiento Renal Sustitutivo mediante Hemodiálisis Periódica supone un momento clave en los aspectos médicos y psicológicos del paciente y su familia. Conlleva una gran carga emocional que puede derivar en ansiedad y depresión y es un momento crítico para conseguir una adecuación al tratamiento y una formación en los complejos autocuidados del paciente renal en hemodiálisis.
En la actualidad, la organización del Servicio de Nefrología origina que inicien su tratamiento mediante diálisis en la Unidad de Agudos, incrementando el estrés y limitando el apoyo y la formación en el inicio de un proceso crónico. Facilitar en comienzo del tratamiento en un ambiente adecuado es por lo tanto un factor fundamental en el confort presente y futuro del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Coordinar la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet y de su Centro Satélite Hospital San Juan de Dios (donde se derivan los pacientes que inician Hemodiálisis y no disponen de puesto en nuestro centro) para que los pacientes inicien de forma programada el tratamiento dialítico en las unidades de Hemodiálisis de Crónicos, en un entorno y con unos cuidados adecuados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La Consulta de Enfermedad renal Crónica Avanzada se pondrá en contacto con la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet cuando un paciente precise inicio de Hemodiálisis. Los Nefrólogos responsables, en dependencia de la disponibilidad, decidirán si el paciente inicia Hemodiálisis Periódica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet o del Hospital San Juan de Dios. Desde la Consulta se remitirá un informe completo a la unidad de diálisis elegida y se facilitará el contacto con el paciente y su familia.
Ambas Unidades de Hemodiálisis han diseñado un Protocolo de Acogida, por el cual el paciente y su familia recibirán información completa en el centro seleccionado y realizarán una visita a la Unidad. Así mismo, se ha establecido un protocolo de inicio de Hemodiálisis considerando las posibles incidencias de las primeras sesiones (dificultad de uso de acceso vascular, mala tolerancia, ansiedad). Desde las primeras sesiones se establece un proceso formativo que facilita la aceptación del tratamiento, los autocuidados y una mejor calidad de vida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador: El porcentaje de pacientes que inicie Hemodiálisis de forma programada siguiendo este protocolo será superior al 90 % del total que inicien Hemodiálisis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: Marzo 2019

Fin: Marzo 2020

Evaluación del proyecto: recogida trimestral del indicador reseñado.

Plan de comunicación: Información en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, en el Consentimiento Informado que firman los pacientes al inicio de Hemodiálisis y a través de la Asociación de Enfermos Renales ALCER.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Protocolización del proceso, comunicación entre la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis (ideal el programa específico Nefrolink, ya presente en ambos centros)..

10. OBSERVACIONES.

No

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario

Proyecto: 2019_0241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

2. RESPONSABLE EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAYORAL LACOMA ALICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· GIMENEZ LALAGUNA MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· CAMPOY MARTINEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· MARTINEZ LONGAS ANGEL JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· MARTIN PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· MUÑOZ JACOBO EVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la preparación del paciente para trasplante renal es necesaria la extracción sanguínea de varias determinaciones de laboratorio. Algunos tubos contienen aditivos en su interior, que pueden ser pasados al siguiente tubo en la extracción, con la consiguiente contaminación de la muestra y distorsión de los resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocer el orden recomendado en la extracción de muestras múltiples en la preparación del paciente candidato a trasplante renal.
Reducir la posibilidad de contaminación de las muestras durante la extracción sanguínea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión de la evidencia científica más reciente sobre el orden correcto de la extracción de muestras sanguíneas y su importancia.

Reunión del personal de enfermería de la Unidad de Trasplante, para poner en común la bibliografía seleccionada tras realiza la búsqueda bibliográfica y protocolos existentes en otros centros hospitalarios del país.

Reunión con el servicio de Bioquímica del Hospital U. Miguel Servet para conocer la existencia de protocolo de extracciones sanguíneas, (pendiente de actualizar) el cual nos ha remitido telefónicamente al apartado de IntraSalud, <http://172.25.0.105/intranet/plataformacalidadasistencial.html>
Laboratorios Clínicos HUMS (Toma de muestras Venopunción)

Realización de un documento que recopile la evidencia encontrada y su difusión a toda la plantilla de enfermería de Hemodiálisis y Trasplante (puesto que la recepción y preparación del paciente para la realización del trasplante la realiza todo el personal de enfermería del servicio según la rueda de turno)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Como indicador, se preparará un registro, (formato Excel) en el cual se constatará el motivo de la devolución y/o motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra, tipo de muestra...).

Se evaluará a los 3, 6, y 12 meses de la implantación el número de incidencias registradas.

INDICADOR :% de incidencias registradas durante cada período.

ESTÁNDAR: > 98%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El inicio del proyecto se iniciará en el mes de abril 2019, tras la reunión de la plantilla de la Unidad de Trasplante (Enfermería), a celebrar el día 10 de abril 2019, convocada con motivo de la petición de vacaciones y la puesta en común y unificación de criterios de temas de interés que afectan a la unidad. (Puesta al día del personal incorporado a la Unidad desde el pasado mes de octubre de 2018).

El 6 de mayo se iniciará el proyecto.

En el mes de junio de 2019 de informará a las personas que se incorporen a la Unidad (Enfermería), con motivo de las vacaciones de verano.

La duración de la actividad es continuada a lo largo del año, y se realizará a todos los pacientes a los que se les extraiga muestras para determinación analítica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios son los habituales para la realización de las extracciones sanguíneas, no se requiere material ni personal diferente al utilizado hasta ahora.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA

2. RESPONSABLE ELISA MINCHOLE LAPUENTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE PABLO CILLEROS FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• PINEDA CORONEL RAHALF. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• GARCIA FAU PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• ALBERICIO GIMENO ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El diafragma es el músculo más importante de la inspiración y es usado mayoritariamente en la respiración de reposo. Existen numerosas situaciones que favorecen la aparición de disfunción en este músculo como son las atelectasias, derrames pleurales, neumonías, distrofias musculares, cirugías, traumatismos o afectaciones neurológicas, pudiendo reducir la movilidad.

Diversos estudios han demostrado la validez de la ecografía torácica como instrumento de evaluación estructural y funcional del diafragma. Es una herramienta no invasiva con alto poder de aplicabilidad en el campo clínico. Los ultrasonidos permiten observar el movimiento diafragmático y evaluar las características del mismo, como la amplitud, la fuerza y la velocidad de contracción, los patrones especiales de movimiento y los cambios en el grosor del diafragma durante la inspiración. Estos parámetros pueden proporcionar información valiosa en la evaluación y el seguimiento de pacientes con debilidad diafragmática o parálisis, y pueden ayudar potencialmente a comprender la disfunción pulmonar causante de una insuficiencia respiratoria.

Los pacientes con disfunción diafragmática son evaluados habitualmente por Neumología. La ecografía torácica surge como una herramienta no invasiva que podría ser de utilidad en el diagnóstico precoz iniciando el tratamiento y la rehabilitación necesaria e influir positivamente en el pronóstico de estos enfermos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implantar la ecografía torácica como técnica de evaluación diafragmática en pacientes sintomáticos con sospecha de disfunción diafragmática.
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores mediante un diagnóstico precoz.
- Iniciar un tratamiento precoz y disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar una ecografía torácica en los pacientes con sospecha de disfunción diafragmática.
- Análisis de la movilidad diafragmática con la medición de la excursión diafragmática durante un ciclo respiratorio desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración del mismo ciclo.
- Comparar el valor de la excursión diafragmática con los valores estándar de normalidad.
- Medición del grosor diafragmático y su variación durante la inspiración.
- Repetición de las mediciones ecográficas tras tratamiento si se hubiera instaurado.
- Realización de un informe del procedimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Total de pacientes atendidos.
- Total de pacientes que es posible analizar la movilidad diafragmática midiendo excursión diafragmática.
- Comparación de los valores medios de excursión diafragmática medidos con los valores de referencia estándar.
- Total de pacientes que es posible analizar el grosor diafragmático.
- Número pacientes donde la sospecha clínica y radiológica de disfunción diafragmática se correlaciona con las mediciones por ecografía.
- Número de pacientes cuyos parámetros de función diafragmática mejoran tras tratamiento dirigido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Febrero de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos

Proyecto: 2019_0446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA

asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, C.INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA Y SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA (H MIGUEL SERVET)

2. RESPONSABLE RAHALF PINEDA CORONEL

- Profesión MIR
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MINCHOLE LAPUENTE ELISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- ALBERICIO GIMENO ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- GARCIA FAU PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad establece el derecho de los usuarios del sistema sanitario a la información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, y a la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos de riesgo para la salud pública, incapacidad para tomar decisiones o cuando la urgencia no permita demoras. El documento del consentimiento informado (DCI) es el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. La disponibilidad de documentos de consentimiento informados estandarizados en entornos clínicos con sobrecarga asistencial los convierten muchas veces en la principal, si no la única, fuente de información del paciente, por lo que es importante que estos documentos sean de calidad. Actualmente en la unidad de neumología intervencionista del HUMS disponemos de hojas de petición de broncoscopia flexible, por otra parte de formularios de consentimiento informado para realizar dicho procedimiento y separadamente formatos de consentimiento para sedoanalgesia que se imprimen desde internet, esto hace que para realizar estos procedimientos se deben cumplimentar 3 formularios distintos lo que conlleva al uso de más recursos y tiempo para la petición de un mismo procedimiento. Además que al ser 2 documentos de consentimiento informado distintos el paciente muchas veces al momento de la realización de la intervención acude sin haber leído y firmado alguno de estos. Esto condiciona falta de conocimiento parcial o total del paciente acerca de los actos médicos que se le va a realizar hasta el mismo día del procedimiento. Para tratar de evitar que esto suceda se confeccionara una petición de broncoscopia/ecobroncoscopia que incluya dentro del mismo documento el formato del consentimiento informado tanto para la broncoscopia/ecobroncoscopia y la sedoanalgesia necesaria para tal acto realizada por el neumólogo. Además se incluirá dicho documento dentro de la intranet para por ser descargado fácilmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Elaborar un documento único descargable desde intranet que unifique la petición de la técnica broncoscopia/ecobroncoscopia, consentimiento informado para su realización y consentimiento informado para la sedoanalgesia necesaria para tal procedimiento.
- Incluir este nuevo documento dentro de los documentos descargables desde intranet.
- Evitar la falta de información al paciente acerca del procedimiento al que se le va a someter
- Lograr que todos los pacientes acudan el día del procedimiento con los consentimientos informados necesarios debidamente leídos y firmados.
- Ahorrar tiempo al médico responsable a la hora de realizar una petición para broncoscopia/ecobroncoscopia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Confeccionar el nuevo documento de petición de broncoscopia/ecobroncoscopia unificado con los consentimientos informados necesarios de la técnica y sedoanalgesia.
- Inclusión de este documento dentro de la intranet del hospital.
- Difusión a los facultativos para el uso de este nuevo documento.
- Verificación de la cumplimentación de esta nueva petición antes de cada procedimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas
- Número de pacientes con el nuevo formato de petición cumplimentado adecuadamente sobre el total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Fecha de inicio: Marzo 2018
- Fecha para la primera evaluación: Octubre 2018
- Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, C.INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA Y SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA (H MIGUEL SERVET)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ELISABET VERA SOLSONA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTIN CARPI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• GOTOR LAZARO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• ARIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños).

En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.

En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atención a personas que consultan por síntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la detección precoz, diagnóstico, clasificación de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevención y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida óptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.

a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapéuticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.

b) Límite final: Exclusión del diagnóstico de asma; Asma controlado, paciente asintomático y con función pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 años.

HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE Datos de filiación:

Motivo de derivación

1. Problema diagnósticos

-No confirmación con medios disponibles -Posible componente alérgico

-Sospecha de asma ocupacional -Sospecha de pseudoasma

-Sospecha de enfermedad agravante

2. Problemas terapéuticos

-Mal control sintomático

-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario) -Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)

-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada) -Efectos secundarios graves del tratamiento

-Rinosinusitis y poliposis nasal graves

3. Circunstancias especiales -Síndrome de solapamiento (ACO) -Asmática embarazada

-Antecedentes de asma de riesgo vital -EREA

-Asma corticodependiente y corticoresistente -Alergia alimentaria

-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)

4. Tratamiento actualizado

Proyecto: 2019_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro lado, la mejoría en el grado de control del Asma.

Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: segundo trimestre de 2019. Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2019. Implementación del protocolo: Año 2020.
Evaluación de resultados: Primer trimestre del 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GOTOR LAZARO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VERA SOLSONA ELISABET. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• MARTIN CARPI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• SANCHEZ VARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbilidad y considerada como un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno, estimándose sea la tercera en el año 2020. Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones.

Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con la Atención Especializada (AE), a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar

este protocolo de derivación entre atención primaria y neumología para mejorar la asistencia a estos pacientes, aprovechando la actual herramienta asistencial como es la interconsulta virtual que permite ofrecer al paciente una respuesta precoz, en menos de 48 horas de media, mejorando la accesibilidad, de forma protocolizada, se afianza el trabajo en equipo entre primaria y atención especializada, optimizando los tiempos de espera y priorizando los casos más complejos e inestables. La motivación de esta consulta virtual ha sido mejorar la comunicación entre profesionales, evitar derivaciones innecesarias, dirigir al paciente a consultas específicas en función de su patología, evitando en ocasiones pasos intermedios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar (pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.). Se trata de optimizar el proceso diagnóstico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo.

La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
- Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
- Diagnóstico de la EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC estable.
- Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proceso de atención inicial al paciente con EPOC debe seguir cuatro pasos:

- Paso 1: diagnóstico de la EPOC.
- Paso 2: estratificación del riesgo en bajo o alto.
- Paso 3: determinación del fenotipo en pacientes de alto riesgo.
- Paso 4: tratamiento guiado por síntomas (bajo riesgo) o por fenotipo (alto riesgo).

Para el diagnóstico es preciso que desde atención primaria se realicen una serie de pruebas diagnósticas como son: espirometría, Rx de tórax, analítica básica con alfa1 antitripsina y saturación arterial de oxígeno. Para estratificar el riesgo también debemos saber si han existido o no exacerbaciones el año previo así como la determinación del grado de disnea basal que el paciente presenta. Estos datos nos permitirán proporcionar el tratamiento más adecuado a cada grupo de pacientes y nos dan la información suficiente para saber cuando está indicado derivar al segundo nivel asistencial como puede ser en casos de: Dudas en el diagnóstico o para la realización de espirometría, si no se dispone de ella en otros niveles de atención, presencia de cor pulmonale, síntomas desproporcionados para la alteración funcional respiratoria, sospecha de déficit de alfa1 antitripsina, tras un ingreso hospitalario, cuando hay exacerbaciones frecuentes (más de 2/año), descenso acelerado del FEV1, cuando existe un patrón mixto (restrictivo/obstructivo) en la prueba de función respiratoria, indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

- Proporción de pacientes derivados a neumología con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.
- Número de espirometrias realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC
- Numero de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometria previa/ N° total de pacientes diagnosticados de exacerbación EPOC.
- proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reuniones AP-Neumología: tercer trimestre 2019.
- Difusión del protocolo: cuarto trimestre 2019.
- Implementación del protocolo en 2020.
- Evaluación de resultados: cuarto trimestre 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO DOMINGO MORERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALVAREZ ALEGRET RAMIRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GAMBO GRASA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· GOMARA DE LA CAL SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proceso diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) ha cambiado a lo largo de los últimos años. Hemos pasado de una situación en la que la biopsia pulmonar era considerada como "la última palabra en el diagnóstico de las EPID" a la actual, en la que la información de la biopsia se incorpora al resto de características de cada caso y se alcanza el diagnóstico definitivo en discusión multidisciplinar, siendo ésta la que se considera como "gold standard" diagnóstico.

A lo largo del proceso diagnóstico, cada caso es evaluado en distintos aspectos por distintos especialistas: neumología, reumatología, medicina interna, radiodiagnóstico, anatomía patológica, bioquímica, amén de otras que puedan considerarse necesarias en cada caso concreto como cardiología, dermatología, hematología...

Actualmente en nuestro hospital, el proceso diagnóstico de las EPID suele iniciarse en Neumología, aunque también puede serlo en Reumatología o en Medicina Interna en casos en los que ya existe una enfermedad diagnosticada y presenta como complicación una EPID. El estudio histológico de biopsias pulmonares no es necesario en el 100% de los casos y cuando se solicita, la información que le llega al patólogo está fragmentada y dispersa en la historia clínica del paciente. Aunque la decisión de la solicitud de biopsia se toma habitualmente en sesión multidisciplinar, no hay un instrumento que permita agregar toda la información disponible para que el patólogo pueda utilizarla más allá de la revisión de la historia clínica.

Por este motivo, el informe del patólogo se ve dificultado y el rendimiento que se consigue con la biopsia puede mejorarse si hay un documento estandarizado que recopile toda la información previa a la toma de decisión de la solicitud de la biopsia pulmonar.

Se propone una actividad para mejorar la calidad de información que recibe el patólogo en la petición de biopsias pulmonares para el estudio de la EPID que permita obtener el mayor rendimiento posible de las mismas. Se propone diseñar un instrumento (modelo de informe estandarizado) que recoja la información disponible previa a la biopsia de forma reglada y la ponga a disposición del equipo multidisciplinar, con especial relevancia para la interpretación de la biopsia en Anatomía Patológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Diseño de un modelo estandarizado de informe que recoja de modo sistemático todos los datos disponibles previos a la biopsia pulmonar.

-Optimización del rendimiento diagnóstico de la biopsia pulmonar en el estudio de las EPID

-Adecuación del proceso de diagnóstico de las EPID a los estándares aconsejados por las Sociedades Científicas actualmente

-Reducción del tiempo empleado en el análisis de las biopsias

-Mejora en la calidad del estudio de las biopsias. Reducción del número de biopsias con diagnósticos inespecíficos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Acciones previstas:

-Presentación del proyecto en la sesión del grupo de EPID

-Elaboración del modelo de información previa a petición de biopsia pulmonar

-Debate y aprobación del modelo por los miembros del proyecto de mejora de calidad

-Incorporación del modelo como un formulario para solicitud de biopsia pulmonar por EPID. Una vez

cumplimentado el formulario en cada caso, deberá quedar disponible para su consulta en la historia electrónica

-Recursos materiales necesarios: los medios informáticos ya disponibles en el hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- Registro del número de biopsias pulmonares

2.- Porcentaje de peticiones de biopsia con el informe previo cumplimentado

3.- Calidad en la cumplimentación del informe de petición de biopsias: porcentaje de ítems cumplimentados

4.- Encuestas de satisfacción del servicio que pide la biopsia con el informe de la misma

5.- Encuestas de satisfacción del servicio de Anatomía Patológica con la información recibida

6.- Realización de una sesión clínica anual conjunta para evaluar desarrollo, implantación e identificar puntos de mejora

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0704 (Acuerdos de Gestión)

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Reuniones planeadas:

Una mensual (3 en total) para elaborar el modelo

Reunión con Admisión/Informática para colgar el modelo de petición

Presentación del modelo para inicio de su implantación:

En reunión del grupo de EPID

En sesión de Neumología

En sesión de Anatomía Patológica

Recopilación de las biopsias realizadas en el último año para que sirvan como comparador. Se puede extender la revisión a dos años si el número de las mismas es menor de 10

-Elaboración de los indicadores e informe final de desarrollo del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos informáticos ya disponibles en el hospital

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0764 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTIN CARPI

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VERA SOLSONA ELISABET. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- GOTOR LAZARO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- CARRIZO SIERRA SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.

En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.

Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, se ha desarrollado este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.

Como se ha analizado en el proyecto previo, el 24% de las ITV a Neumología corresponden a clínica compatible con SAHS. La mayoría de ellas para el diagnóstico (69%), el resto para control (23%) y tratamiento (8%).

Respecto al diagnóstico, en todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción.

Con todo ello concluimos que, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejora continua de la comunicación
- Derivación con el menor número de consultas presenciales
- Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
- Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Desde el ámbito de Atención Primaria se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:

1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang. Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de Atención Primaria a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado ECG, Espirometría y Rx de tórax.
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.

Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela y progresivamente, preferiblemente con uno o dos Centros de Salud implicados, uno por cada CME. Otra de las dificultades añadidas es la gestión informática de los Cuestionarios, las Solicitudes de Poligrafías y la remisión de los pacientes a las Consultas correspondientes una vez elaborados los informes diagnósticos y e indicación de tratamiento.

Proyecto: 2019_0764 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Cumplimentación del cuestionario STOP-Bang en la petición >20%.
2. Realización previa de las pruebas complementarias >20%.
3. Registro de las peticiones en el repositorio, buzón >60%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

MAYO 2019-FEBRERO 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS INFORMÁTICOS

10. OBSERVACIONES.

Implementación progresiva

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0814 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS

2. RESPONSABLE MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ROYO TOLOSANA PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• GONZALEZ LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• FONDEVILA MONGE JUSTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• CASTRO USED MARIA DOLORES. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• ALDA ALGARATE MARIA JESUS. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
• ASENSIO VELA REBECA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DISMINUIR EL TABAQUISMO QUE PROVOCA GRAN PARTE DE NUESTROS INGRESOS y son un gran gasto para el sistema sanitario. Necesidad de disminuir el tabaquismo en ptes respiratorios para mejorar su calidad y esperanza de vida. Hasta ahora los pactes que tienen interes en dejar de fumar se les dice que continuen en su centro de salud pero no hay un circuito lo que provoca desmotivacion y que muchos pactes no sigan

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir captar a pactes ingresados con algo de motivación para dejar de fumar y que exista una continuidad de cuidados en el proceso de deshabituación a través de un buen circuito con atención primaria. Que los pactes se sientan apoyados en su proceso de deshabituación al ser dados de alta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
formar un equipo de trabajo y dividir las tareas.
reuniones con nuestra dirección de enfermería y con la dirección de enfermería de atención primaria de nuestro sector
reunión con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto
definición de los circuitos con las coordinadoras de atención primaria
creación de base de datos y programa para registrar los pactes y hacer los test del tabaquismo
preparación de educación sanitaria para el pte y tríptico motivacional para el pte
creación informe de continuidad de cuidados para enviar a la enfermera de primaria y a la consulta de deshabituación
preparar plan de acción con el pte ingresado que incluye entrevista motivacional, ejecución de los test de dependencia de la nicotina y test de motivación para dejar de fumar
dar al pte información básica y apoyo. hablar con su médico para que empiece tratamiento farmacológico si pertinente
programar cita del pte con su enfermera del centro de salud a través de salud informa, avisar por teléfono y mail a su enfermera del centro de salud.
Seguimiento del pte con feedbacks al mes, 3 meses y 6 meses
una vez diseñado el proyecto implementarlo con la colaboración del equipo de enfermería de la unidad de neumología y con los equipos de atención primaria
seguimiento y evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº ptes ingresados incluidos en el programa de DT/total de ptes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral) (fuente de datos: base de datos dt y protocolo valoración enfermería de la historia de enfermería)
nº de registros del protocolo de valoración bien cumplimentada la voz fumador -no fumador/total de ptes ingresados (indicador de estructura Mensual) (fte: protocolo de valoración de enfermería)
nº ptes incluidos en el programa de DT en ap que lo terminan/total ptes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fte mail/telefonica, contacto con enfermería de atención primaria)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
tiempo estimado de preparación e implantación 1 años
2 meses recogida información, preparación base de datos, tríptico, entrevista motivacional
2 meses coordinación con AP: reuniones, creación del circuito, presentación del proyecto, recogida de contactos necesarios
1 mes de motivación a los compañeros de unidad y explicación del proyecto para poder implementarlo.
6 meses de implementación y recogida de datos
1 mes de evaluación y recogida de indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.
recursos disponibles en la unidad, ordenadores, folios e impresoras, sala del HD para las entrevistas y los test, teléfono, etc

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0814 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN INFORMACION A PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR

2. RESPONSABLE ANA LUCIA FIGUEREDO CACACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMARA DE LA CAL SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MINCHOLE LAPUENTE ELISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· VERA SOLSONA ELIZABET. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ROYO TOLOSANA PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GONZALEZ LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· FONDEVILA MONGE JUSTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El éxito a largo plazo del trasplante pulmonar requiere la colaboración e implicación tanto del paciente como de sus familiares para la cumplimentación de las indicaciones de tratamiento que se le den. Es necesario que aprenda unas nociones básicas sobre la medicación inmunosupresora y el motivo por el que necesita llevar un tratamiento farmacológico que supone la utilización de muchos fármacos que es necesario que entienda, aprenda y cumplimente. Por otro lado, hay recomendaciones relativas a modo de vida, higiene, alimentación y otras actividades de la vida diaria en las que debe ser correctamente instruido
En la fase de aprendizaje de toda esta información, será de utilidad disponer de una herramienta sencilla y de fácil acceso que pueda consultar y que le ayude en las dudas más frecuentes
Actualmente los pacientes que pueden ser candidatos a trasplante pulmonar, son evaluados en consulta monográfica de Neumología según protocolo establecido conjuntamente con la Unidad de Trasplante Pulmonar del hospital Valle Hebrón de Barcelona. Una vez aceptado el caso y realizado el trasplante, el paciente regresa a su domicilio habitual pasado un tiempo que varía según los casos. En la reincorporación a su vida y a su nueva rutina necesita apoyo e información. La distancia del centro de TP puede dificultar la resolución de dudas del paciente y puede aparecer un vacío en su asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Ofrecer al paciente con TP información sobre dudas habituales en el desarrollo de su vida diaria
-Ofrecer al paciente con TP información sobre la medicación utilizada para prevenir rechazo e infecciones
-Dar al paciente referencia y modos de contactar con el Servicio de Neumología de forma rápida y eficaz
-Mejorar la experiencia del paciente en la percepción de la atención recibida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Recopilación de información y consejos a pacientes en Unidades de TP de referencia
-Elaboración de la información para recogerla en un formato de tríptico que se dará a los pacientes receptores de TP
-Áreas de información: medicación, alimentación y rutinas de vida, identificación de signos de alarma y respuestas recomendadas y sistemas para contactar con el equipo de Neumología a cargo del paciente
-Presentación, debate y diseño definitivo del tríptico de información
-Elaboración de una encuesta de satisfacción para el paciente. Identificar áreas de mejora y mantener ciclos de mejora continua

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes con TP que disponen del tríptico de información
Porcentaje de pacientes con TP que saben cómo contactar con el equipo de Neumología responsable de su cuidado
Convocatoria de una reunión anual para evaluar el tríptico y proponer mejoras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Recopilar información y elaborar primer borrador de tríptico: 2 meses
Corrección y tríptico definitivo: 1 mes
Proporcionar el tríptico a los pacientes con TP: 6 meses
Encuesta de satisfacción de pacientes y recogida y proceso de datos: 2 meses
Reunión para recoger e iniciar ciclo de mejora continuo: 1 mes
Exposición de resultados en el Servicio de Neumología

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ninguno adicional a los ya existentes en el hospital

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN INFORMACION A PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0856 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ROYO MARTIN LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO CARRION BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2017 hubo un total de 112 altas de tromboembolismo pulmonar (TEP) (incidencia 29.4/100000 habitante/año en nuestro sector) con una mortalidad del 6.25% en nuestro centro. El TEP es una enfermedad cada vez más frecuente y que genera un alto consumo de recursos, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento y seguimiento. Se ha comprobado la variabilidad en su manejo, generando en muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias con el retraso y coste económico que esto supone. De ahí la necesidad de implantar un protocolo que ayude a dirigir el manejo de estos pacientes y seleccionar las pruebas y tratamientos específicos de cada caso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- .- Actualizar y uniformizar el manejo del TEP optimizando el uso de recursos y disminuyendo la variabilidad en la atención a los pacientes.
- .-Valoración temprana por Neumología de los diagnósticos confirmados de TEP y/o sospecha clínica.
- .-Solicitud dirigida de pruebas complementarias destinadas a la filiación y clasificación estricta del TEP, de acuerdo a escalas de riesgo.
- .-Tratamiento según protocolo y escalas de riesgo.
- .- Planificar el seguimiento al alta y controles posteriores

Dirigido a pacientes mayores de 18 años procedentes de urgencias, neumología o cualquier otro servicio del hospital con sospecha o confirmación de TEP agudo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Una vez aprobado el protocolo y publicado en la web del hospital, se valorarán por parte de Neumología todos los TEP y/o sospecha clínica en caso de ser necesario, procedentes de cualquier servicio del hospital. Se monitorizará la implementación del protocolo de TEP y la participación de los Servicios implicados en el mismo. Se monitorizará el enfoque según riesgo del TEP riesgo de dicha patología y la realización de las pruebas y el tratamiento específico de cada caso. Se pretende identificar la posibilidad de en determinadas ocasiones con riesgos bajos plantear un alta precoz incluso con seguimiento en hospital de día de Neumología. Se iniciará un registro de eventos adversos relacionados con el tratamiento anticoagulante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- .-Altas con diagnóstico de TEP (desde cualquier servicio): año 2019 vs. anteriores
- .-Estancia media: año 2019 vs. anteriores
- .-Aplicación de escalas de estratificación de riesgo/ solicitud de pruebas complementarias/ingreso en UCI/tratamiento con fibrinólisis: año 2019 vs. anteriores
- .-Altas precoces desde Neumología: año 2019-03-13

Se utilizarán para la valoración de años anteriores las altas conocidas desde el servicio de Archivos y documentación clínica. Para el año 2019 se realizará desde el servicio de Neumología un "check list" en cada paciente con diagnóstico de TEP donde constarán todos los datos a valorar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se compararán los resultados obtenidos en los 6 primeros meses desde la aprobación del protocolo (actualmente en trámite). Se espera que tras el verano se evalúe este primer periodo. Después, se hará un análisis comparativo respecto a los años anteriores (2017 y 2018). Una vez se tengan los resultados se modificarán aspectos negativos que hayan podido surgir. Se pretende mantener dicho protocolo a largo plazo, como oferta del servicio de Neumología.

Proyecto: 2019_0856 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

9. RECURSOS NECESARIOS.

- .-Protocolo aprobado y publicado en Intranet del HUMs, así como su difusión y presentación a otros servicios.
- .-Neumología de guardia.
- .-Camas de observación y/o UCI para casos graves

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

2. RESPONSABLE CRISTINA MARTIN PALLAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- PLOU GONZALEZ JANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- FRANCO GALERA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- QUIJADA GARCIA LAURA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- PRADO MONGE CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- GARRE APARICIO EVA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- MARTIN SERRANO SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras haber observado a lo largo del tiempo a pacientes con EPOC que vuelven a ingresar en planta en cortos períodos de tiempo, se plantea la necesidad de crear este proyecto.
La mejora en la calidad de vida de los pacientes con EPOC podría aumentar considerablemente partiendo de la base de una buena educación sanitaria.

Este tipo de pacientes tiene problemas comunes, principalmente los que están en tratamiento con inhaladores ya que no siempre realizan de forma adecuada la técnica, por lo que la medicación no es administrada correctamente y por tanto no es lo eficaz que debería ser. Así mismo, se deben adoptar medidas específicas para mejorar sus hábitos de vida, enfocándolos hacia un modelo más saludable y equilibrado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL:

- Reducir el número de ingresos de los pacientes con EPOC educándolos hacia un estilo de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Enseñar el uso de los diferentes tipos de inhaladores.
- Fomentar una alimentación sana y equilibrada.
- Motivarles para que realicen ejercicios adaptados a sus capacidades y habilidades.
- Enseñar a detectar una crisis y saber qué hacer.
- Tratar de eliminar o reducir el hábito tabáquico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Taller de inhaladores (método correcto de uso y la importancia del enjuague bucal post-utilización).
- Charlas de vida saludable: dieta, actividad física (paseos saludables, ejercicios respiratorios) y descanso.
- Deshabitación tabáquica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores cuantitativos:

- N° de Reingresos EPOC/ Total de ingresos EPOC.
- N° de ingresos EPOC/ Total ingresos por diversas patologías.
- N° fumadores EPOC/ N° no fumadores EPOC.

Indicador cualitativo:

- Encuesta de satisfacción tras educación para la salud al alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

12 meses para implementarlo. fecha prevista inicio Junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

: Personal sanitario formado (enfermería del servicio de neumología, consulta Fisioterapia respiratoria), sala disponible con medios electrónicos (ordenador, proyector...), inhaladores "placebo", inspirómetros de incentivo, cámaras de inhalación, peak-flow, enjuagues y material didáctico en formato papel

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos

Proyecto: 2019_1054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

2. RESPONSABLE JESUS MOLES HERBERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· BARRERA ROJAS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· SOLA BERNAL SARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la reciente creación puesta en marcha de la U de epilepsia refractaria, se ha iniciado el tratamiento quirúrgico en los pacientes que sufren de este tipo de patología.

Actualmente, se considera que aproximadamente un 10% de los pacientes con epilepsia refractaria son candidatos a tratamiento quirúrgico, con las consiguiente mejoría en el control de crisis y por tanto su calidad de vida, además de tratarse de un tratamiento muy eficiente desde el punto de vista costo-efectivo a medio plazo (disminución del uso de fármacos antiepilépticos, disminución del número de visitas a urgencias y de ingresos para control de crisis).

En estos momentos los pacientes no disponen de ninguna información escrita sobre los tratamientos, ni disponemos en la unidad de consentimientos informados específicos de cada tipo de intervención en este grupo de patologías, lo que puede provocar una falta de información para el paciente además de una desprotección legal ante posibles eventualidades o complicaciones en el manejo quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desarrollar y definir consentimientos informados para cada tipo de intervención quirúrgica que se realiza, así como incluir la entrega de dípticos informativos sobre el manejo postquirúrgico tanto en cirugías resectivas como en pacientes portadores de estimuladores de N.vago, con el objetivo de mejorar la información para el paciente y los profesionales que lo puedan atender en el futuro.

Irán dirigidos a todos los pacientes y/o familiares que se incluyan en lista de espera para intervención quirúrgica en relación con cirugía de la epilepsia.

Se entregará consentimiento informado específico en el momento de la inclusión de los pacientes en LEQ, así como dípticos informativos a entregar en el momento del ingreso para intervención quirúrgica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de Consentimientos informados específicos para intervención quirúrgica para las siguientes intervenciones:

.

Se realizarán reuniones bimensuales del grupo de colaboradores para la realización y puesta en común de los diferentes consentimientos informados que se desarrollen, así como de los dípticos informativos. Desarrollo de checklist para el control de la entrega de la documentación.

Posteriormente se remitirán a U. de Calidad Asistencial para valoración por su parte.

Se realizarán reuniones con enfermería de la planta y de consultas externas para información y formación para la entrega de dípticos y CI.

No se requiere de recursos materiales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se controlará la entrega de los documentos mediante checklist, donde constarán datos del paciente, tipo de intervención, fecha entrega de consentimiento y fecha de entrega de documentos informativos, además de una encuesta de satisfacción del paciente/familiar.

Se espera alcanzar un éxito del 100%, con la entrega de CI y documentos informativos a todos los pacientes que se intervengan por este motivo, una vez desarrollados y aprobados por la U. de Calidad Asistencial

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo de Consentimientos Informados y Dípticos informativos: 6 meses, responsable Dr. Moles Herbera
Desarrollo de Checklist, encuesta de satisfacción y realización de reuniones informativas con U. de enfermería de planta y consultas: 2meses

Proyecto: 2019_1509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

Fecha inicio del proyecto: Julio 2019
Fecha final del proyecto: Julio 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.
No se requiere de ningún recurso material ni humano específico

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0663 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

2. RESPONSABLE CARMEN ALMARCEGUI LAFITA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO PUERTAS FERNANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· DE FRANCISCO MOURE JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología más prevalente de la demanda de estudios Polisomnográficos, tanto en población adulta como infantil, son los trastornos respiratorios. El diagnóstico de dicha patología puede realizarse mediante un PSG vigilado en el hospital y también de forma ambulante (domiciliaria). Está suficientemente demostrada la utilidad diagnóstica de los registros domiciliarios en los trastornos respiratorios. Además, son más accesibles y confortables para el paciente, sin efecto de primera noche en el laboratorio y menor coste económico. En la actualidad todos los Polisomnogramas que se realizan en Neurofisiología en los trastornos respiratorios del sueño se hacen de forma vigilada en el Hospital. El fin de este proyecto es realizar los Polisomnogramas también de forma ambulatoria y no solamente hospitalarios. Esto permitiría disminuir la demora al poder realizar mayor número de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Optimización de los recursos en el diagnóstico de patología respiratoria del sueño, teniendo en cuenta que en gran parte de pacientes, para el diagnóstico de esta patología no es necesario realizar un PSG vigilado (hospitalario).
- Disminuir la demora del diagnóstico de trastornos respiratorios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACCIONES:

- Clasificación de las solicitudes de Polisomnograma para realizar vigilado o domiciliario en relación a la puntuación obtenida en el cuestionario. Este cuestionario será cumplimentado por el servicio solicitante.
- En los casos en que el solicitante especifique y justifique que se haga vigilado se realizara con el paciente hospitalizado.
- Protocolizar el tipo de registro poligráfico.
- Editar instrucciones del registro para el personal técnico.
- Elaborar Documento informativo con instrucciones para el paciente.
- Cuando el registro sea de mala calidad y no concluyente se realizará vigilado en el servicio de NF.
- Realizar todos los días que están destinados a Polisomnogramas en adultos vigilados también una poligrafía domiciliaria. En relación con los días de demora se podría también programar otra poligrafía domiciliaria los días en los que se realiza PSG a niños.
- Consensuar un informe tipo estándar entre los distintos facultativos-residentes que van a informar estos registros.
- Elaborar un circuito de derivación rápida de los pacientes diagnosticados de trastornos respiratorios graves en NFC a Neumología (Unidad de trastornos respiratorios de sueño) para recibir tratamiento y evitar consultas a especializada.
- Reservar el registro poligráfico vigilado hospitalario para los trastornos respiratorios de mayor complejidad.
- Reorganización horaria para poder desarrollar el proyecto explicado anteriormente, para lo cual sería necesario iniciar los estudios de sueño a las 21 horas en lugar de a las 22horas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % Cuestionarios cumplimentados por los facultativos que solicitan la prueba
- % Poligrafías domiciliarias que hay que repetir de forma hospitalaria
- % de Poligrafías domiciliarias realizadas a pacientes con alta probabilidad pre prueba según el cuestionario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Es un proyecto que incluye la implantación de la técnica e inclusión de la técnica en la labor asistencial

9. RECURSOS NECESARIOS.

Respecto a los recursos que dispone el servicio para realizar este tipo de Polisomnogramas domiciliarios hay un equipo en condiciones aceptables que requiere una actualización y otro equipo en el que se necesita adquirir determinados sensores.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0663 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0820 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

2. RESPONSABLE MARIA HADDAD GARAY

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOLZ ZAERA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- ALMARCEGUI LAFITA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- SERRANO TRILLO INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Neurofisiología Clínica se encuentra certificado según norma ISO 9001: 2008 desde el año 2015. El sistema ISO se ha implantado y funciona de forma progresiva el el servicio de Neurofisiología lo cual supone la necesidad de una mejora continua. Por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Neurofisiología Clínica para mantener esta certificación UNE-EN ISO 9001.

Al ser un sistema de gestión de calidad normalizado los procesos deben estar perfectamente documentados y actualizados. Por ello se establecen objetivos e indicadores que permiten medir periódicamente el proceso de mejora continua así como la detección y prevención de posibles errores.

Para la adaptación a la nueva norma UNE-EN ISO 9001:2015 se han estudiado y definido los potenciales riesgos que pueden afectar al funcionamiento del Servicio y a la seguridad del paciente. Se han valorado así mismo Planes de Contingencia en el caso de que sucedan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mantenimiento de la certificación ISO 9001:2015 en el Servicio de Neurofisiología clínica. Para ello:

- Alcanzar el cumplimiento de los objetivos del Servicio anuales actualmente ya definidos.
- Mejorar los indicadores del Servicio.
- Detectar y realizar acciones correctivas y preventivas necesarias en el Servicio.
- Seguir revisando y mejorando el Plan de Riesgos del Servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Establecimiento de objetivos e indicadores para el 2019.
- Planificación de las actividades del servicio.
- Realización de reuniones periódicas del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio.
- Analizar las incidencias y no conformidades detectadas y realizar las acciones correctivas y preventivas necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio. La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Auditoría Interna: Marzo 2019.
- Revisión por la Dirección: Abril 2019.
- Auditoría Externa: Mayo 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El personal perteneciente al grupo de Mejora de la Calidad

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0709 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· LAMBEA GIL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· EXPOSITO SANCHEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VILLAR TURON RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales (ya establecidos para 2019)
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio (ya establecidos para 2019)
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
4. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2015

GENERALES

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS

1. Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio
2. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0710 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· LAMBEA GIL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· EXPOSITO SANCHEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VILLAR TURON RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales (ya establecidos para 2019)
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio (ya establecidos para 2019)
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
4. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2015

GENERALES

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS

1. Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio
2. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0771 (Acuerdos de Gestión)

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ALVARO LAMBEA GIL
• Profesión MIR
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TEJADA MEZA HERBERT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• SAGARRA MUR DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• LANZAN TAPIA EVA. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
• MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente los informes de neurosonología se realizan a través de la plataforma HP-Doctor con unas plantillas pre-redactadas para las técnicas más frecuentes: ecodoppler de troncos supraaórticos (EDTSA) y doppler transcraneal (DTC). Estas están vigentes desde hace 5 años, pero su formato da pie a una variabilidad en el registro y dificulta la explotación de los datos para uso interno. Nuestro registro de peticiones, hasta ahora solo recoge el número de estudios realizados, sin capacidad para analizar si se trata de una actividad programada o no.

Aprovechando el cambio a la nueva plataforma de Historia Clínica Electrónica, vemos de utilidad actualizar y crear plantillas para todas las técnicas realizadas en este nuevo formato. Esto permitirá una homogeneización de la actividad, mayor eficiencia y un análisis del registro de cara a realizar recomendaciones de mejora y adaptaciones del trabajo diario del laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Revisión, actualización y creación de plantillas.
2. Registro de actividad y resultados.
3. Homogeneizar el registro y la labor asistencial de las pruebas neurosonológicas.
4. Explotar los resultados obtenidos.

Población diana: pacientes con solicitud de prueba neurosonológica.
Servicio al que va dirigido: Sección Neurovascular (Servicio Neurología). Mejorar el trabajo diario del laboratorio de neurosonología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Adaptaremos nuestras plantillas ajustándonos a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurosonología sobre la información de interés en cada registro. Estas se adaptarán al formato de HCE y se procederá a formar en su cumplimentación a los diferentes FEAs (al menos 1 reunión conjunta y un "taller" individual a cada FEA de la sección). Tras 1 mes de ecogid de datos en la nueva plataforma, se revisarán los resultados obtenidos y en caso de apreciar errores se sugerirán cambios en la plantilla de HCE y/o volver a formar a los FEAs. Los resultados definitivos serán analizados a final de año para conocer la actividad real de nuestro laboratorio de neurosonología y poder plantear recomendaciones de mejora continua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Objetivo 1. Número de plantillas tipo / número total de técnicas habituales realizadas. Índice actual: ND. Objetivo: 100%.
Objetivo 2. Número de actividades registradas en HCE / número registro manual (%). Índice actual: ND. Objetivo: 80%.
Objetivo 3. Número de registros adecuadamente cumplimentados (total y por facultativo) / número total de registros. Índice actual: ND. Objetivo: 80%.
Objetivo 4. Un trabajo descriptivo con la actividad y resultados del laboratorio. Índice actual: No disponible. Objetivo: Sí (1 trabajo).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 01 de marzo de 2019. Fecha de finalización: 01 de marzo de 2020.

1. Creación de nuevas plantillas: A LAMBEA, H TEJADA. MARZ-ABRIL
2. Adaptar las plantillas a la Historia Clínica Electrónica: H TEJADA, R MARRÓN MAYO y revisión en SEPTIEMBRE
3. Formación del personal en la cumplimentación: A LAMBEA, H TEJADA JUNIO y revisión en SEPTIEMBRE.
4. Cumplimentación de nuevas plantillas: J MARTA, H TEJADA. JULIO-DICIEMBRE
5. Análisis de la información recogida: Á LAMBEA. ENERO 2020.
6. Realizar recomendaciones y adaptaciones: H TEJADA, J MARTA. FEBRERO 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

1 ordenador con acceso a intranet (ya disponible).
Libro de la SONES (ya disponible).
Acceso a la HCE.
Ecógrafo (ya disponible).
Sala de neurosonología.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0901 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

2. RESPONSABLE CARMEN EXPOSITO SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAPABLO LIESA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
- JARNE ESPARCIA AUXILIADORA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
- LOFABLOS CALLAU FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- PEZONADA UTRILLA ELVIRA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
- GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- BOROBIO LAZARO ALMUDENA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras. La consecuencia de esto es una debilidad muscular que avanza hasta la parálisis. Amenaza la autonomía motora, la comunicación oral, la deglución y la respiración.

La ELA requiere de un tratamiento especializado multidisciplinar, ya que esta enfermedad produce un gran impacto en el paciente y en su entorno familiar, tanto a nivel emocional como a nivel social y económico. Se genera una labor asistencial que es asumida por los cuidadores, que generalmente son las propias familias.

Para que el cuidador no profesional pueda atender de una forma independiente al paciente, necesita de conocimientos y habilidades que le permitan satisfacer todas las necesidades de la vida diaria del paciente. Todo esto conlleva una gran carga emocional, por la responsabilidad de cuidar a un ser querido. Es una tarea que en muchos casos produce sobrecarga, con poco reconocimiento social, y lleva asociado un riesgo para la salud del cuidador que puede llegar a interferir en su vida personal, social y laboral. Desde la unidad especializada de ELA se debe aportar al paciente y a la familia una seguridad, un acompañamiento, formación e información esencial en caso de duda, y capacitar al cuidador para la atención del paciente y de su propio autocuidado. Así se podrá mejorar la calidad de la atención domiciliaria y reducir el estrés del cuidador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Determinar las necesidades de los cuidadores no profesionales de pacientes con ELA (cuestionario de Kreutzer).
- Dotar de herramientas a un cuidador no profesional para realizar los cuidados de un paciente con ELA: actividades básicas, actividades instrumentales y comunicación alternativa.
- Identificar situaciones en el desarrollo del cuidado del paciente que precisen de ayuda profesional.
- Proporcionar a los cuidadores estrategias para su autocuidado y el bienestar, para poder cubrir la atención necesaria y de calidad de la persona afectada de ELA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La población diana serán los cuidadores no profesionales de los pacientes con ELA, mayores de 18 años, que son atendidos en la unidad de ELA del hospital Miguel Servet.

Para alcanzar los objetivos marcados en el proyecto se realizarán:

- Identificación de las necesidades de los cuidadores: cuestionario de Kreutzer, tanto en la primera visita como tras la formación.
- Sesiones formativas individuales, estructuradas para facilitar el aprendizaje.
- Sesiones prácticas (talleres) para que los cuidadores adquieran las habilidades necesarias para el desarrollo de la atención del paciente con ELA.
- Sesiones educativas grupales. Se seleccionará a los cuidadores en base a las necesidades similares de los pacientes a quienes atienden.

La organización se realizará con un cronograma estructurado de las sesiones educativas. Los talleres y sesiones grupales serán de forma mensual, los miércoles. Por el contrario, las individuales serán charlas educativas adaptadas a las necesidades de aprendizaje del cuidador, y se realizarán en la primera visita o cuando haya cambios en las necesidades del paciente.

Para conocer las necesidades de cuidados que van a precisar tanto el paciente como el cuidador se elaborará en la primera visita un plan individualizado de atención. El enfermero/a hará una valoración de la situación actual y necesidades para ver los cuidados según el grado de afectación y autonomía de la persona dependiente, así como necesidades del cuidador, tanto en el aspecto de sus propios cuidados como a la hora de mejorar su labor de atención al paciente.

Una vez recopilada y puesta en común la información con el resto del equipo se planificará las sesiones formativas, tanto individuales como grupales, así como la necesidad de acudir a otros profesionales de forma multidisciplinar.

Proyecto: 2019_0901 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se evaluará el porcentaje de necesidades del cuidador en la primera visita así como las necesidades resueltas tras la formación.

- N° de pacientes con ELA a la que se le pasa el cuestionario a su cuidador principal en la primera visita / N° total de pacientes con ELA en la unidad.
- N° de necesidades de cuidadores familiares resueltas tras la formación/ N° de necesidades detectadas en la primera visita.
- Tipo de necesidades detectadas más frecuentes /N° total de necesidades

Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos después de realizar sesiones/ talleres formativos se consideraría satisfactoria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración del proyecto se estima que será desde mayo de 2019 a mayo de 2020 .

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Las sesiones educativas se realizarán en la sala de Terapia ocupacional.
- Se utilizarán como material de apoyo folletos informativos, diapositivas y videos educativos.
- Dispositivos de asistencia necesarios para el cuidado de los pacientes, tales como, bi-pap, grúas etc.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUIDADORES DE PACIENTES CON ELA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE I.T.S. EN LA POBLACION MENOR DE 25 AÑOS QUE ACUDE A LA CONSULTA DE P.F. DEL SECTOR II

2. RESPONSABLE HORTENSIA YAGÜE MORENO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SARSA MANRESA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. ATENCION PRIMARIA
• JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GABASA GORGAS LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ORTEGA MARCILLA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• LAMARCA BALLESTERO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los registros nacionales de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Boletín Epidemiológico Semanal (BES) confirman un aumento progresivo de las ITS a nivel nacional y en nuestra comunidad autónoma. Uno de los grupos más afectados por este incremento son los jóvenes < 25 años.
En la valoración de riesgo de las Guías Clínicas sobre ITS (internacionales y en el último documento de consenso de varias sociedades científicas nacionales en 2017) siempre la edad < 25 años es uno de los principales factores. Le acompañan otros que frecuentemente se asocian con el factor edad: relaciones sexuales con diferentes parejas, nueva pareja en los últimos meses, consumo de drogas y/o alcohol (además asociadas a las relaciones sexuales), uso inconsistente del preservativo entre otros.
Con la puesta en marcha del Programa de Anticoncepción en Aragón y la distribución de competencias entre Atención Primaria y Especializada, la mayoría de las menores de 18 años que requieran un método anticonceptivo pasarán por nuestra consulta para el asesoramiento anticonceptivo. Además con la financiación íntegra de los métodos LARC, es cada vez mayor el uso de DIUS (Cu y LNG) entre mujeres <25 años que también serán atendidas en nuestra consulta. Creemos que es la mejor de las oportunidades para diagnosticar precozmente ITS en este grupo de edad.
El interés de efectuar un despistaje de las ITS radica en que éstas pueden cursar de forma asintomática, pero desarrollar complicaciones graves sin tratamiento (dolor pélvico crónico, esterilidad). La identificación precoz no sólo permite el tratamiento adecuado inmediato, sino iniciar el estudio de contactos, lo que añade al beneficio individual, otro de salud pública, al cortar la cadena de transmisión y así prevenir nuevas infecciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detectar precozmente ITS en población <25 años
Tratar precozmente y evitar su transmisión
Obtener datos de este grupo de edad en nuestro sector
Dar información sobre ITS y su prevención

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A todas las mujeres < 25 años que soliciten método anticonceptivo en nuestra consulta, se les hará (al realizar la historia clínica), una anamnesis más detallada sobre las prácticas sexuales y de riesgo.
Se les informará sobre ITS y si acceden, se solicitará cultivo vaginal y endocervical para descartar Gonococo, Chlamydia, Trichomonas y otros.
En el caso de ser positivo a alguna de ellas, tras nueva información y aceptación se solicitará serología de ITS (sífilis, VIH, Hep B y C).
Se informará además de la necesidad de diagnóstico y tratamiento de los contactos y se les proporcionará información sobre la prevención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cribado para ITS del 95% de las < 25 años que accedan a la consulta de P.F.
Control post-tratamiento del 90% de los casos detectados y tratados
Casos de EIP <5% en usuarias de DIU <25 años
Recogida de datos de este sector de población. Estadística mensual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019-2020
Si la prevalencia es alta, se adoptará esta actividad como protocolo de rutina en la población de mujeres <25 años en nuestras consultas

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dotación de kits de toma de muestras para cultivo vaginal, endocervical y viral (si procede)
Transporte adecuado (lunes a viernes) desde la consulta del CME Ramón y Cajal al laboratorio de Microbiología del HUMS

Proyecto: 2019_0052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE I.T.S. EN LA POBLACION MENOR DE 25 AÑOS QUE ACUDE A LA CONSULTA DE P.F. DEL SECTOR II

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2019_0054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE CESAR RODRIGO CONDE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ORTEGA MARCILLA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• RUIZ CAMPO LEYRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MIHAELA MIGDAN CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PESARIO VAGINAL ES UNA MEDIDA CONTRASTADA Y UTILIZADA AMPLIAMENTE POR NUESTRA ESPECIALIDAD. RECONOCIDO DICHO TRATAMIENTO POR NUESTRAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ASISTENCIA MÉDICA.
SE TRATA DE UN PROYECTO PERTINENTE, YA QUE EN LA ACTUALIDAD EL USO DE ESTOS DISPOSITIVOS VAGINALES EN LOS CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES QUEDA CONDICIONADO POR DOS MOTIVOS, EN PRIMER LUGAR POR LA FALTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN COMUN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA QUE PRESTAN ATENCION EN LAS CIUDADES CONSULTAS, Y EN SEGUNDO LUGAR SU USO ESTÁ LIMITADO YA QUE LAS PACIENTES QUE DECIDEN ESTE TRATAMIENTO DEBEN ASUMIR EL COSTE ECONÓMICO QUE RESULTA DE LA COMPRA DEL MISMO EN LA ORTOPEDIA O FARMACIA, A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL DONDE DISPONEMOS DE MATERIAL A CARGO DEL HOSPITAL

BIBLIOGRAFIA:

- Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):73-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001489.
Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial.
- Protocolo SEGO prolapso (Sociedad Española de Ginecología)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
LOS OBJETIVOS SON CLAROS: PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN NECESARIA A LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCION EN ESTAS CONSULTAS CON EL FIN DE UNIFICAR CRITERIOS DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL. QUE CONOZCAN LA DISPONIBILIDAD DE PESARIOS EN LOS ALMACENES DE LOS CENTROS, EVITANDO EL COSTE ECONÓMICO A LAS PACIENTES, DANDO LA MISMA ATENCION Y GARANTIA QUE DAMOS A LA PACIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA HOSPITALARIA.
EL SEGUNDO OBJETIVO, MAS IMPORTANTE, ES LA POSIBILIDAD DE ACERCAR LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA PACIENTE, QUE EVITARÁ LA NECESIDAD DE DESPLAZARSE HASTA EL HOSPITAL, Y FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTAS PACIENTES, QUE SUELEN SER PACIENTES ANCIANAS, DADO QUE EN LOS CME RAMON Y CAJAL Y SAN JOSE, VAN A PODER ELEGIR CITA LOS 5 DIAS DE LA SEMANA Y EN HORARIO DE MAÑANA O TARDE. ACTUALMENTE, LA CONSULTA QUE PRESTA ESTA ATENCION EN EL HOSPITAL ESTA LIMITADA A LOS MIERCOLES, Y EN HORARIO DE MAÑANA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DICHA OPCIÓN DE TRATAMIENTO SE EXPLICARÁ A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y SE COMUNICA A LAS SUPERVISORAS DE LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DEPENDIENTES DEL HUMS: CME RAMÓN Y CAJAL Y CME SAN JOSÉ, CON EL FIN DE QUE PREPAREN EN ALMACÉN LOS PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS: 65, 70, 75, 80, 85, 90.
ADEMAS DE LAS PACIENTES NUEVAS QUE LLEGUEN A LOS CME Y SE LES OFERTE ESTE TRATAMIENTO, TAMBIÉN TENDREMOS EN CUENTA A LAS PACIENTES QUE YA ESTÁN UTILIZANDO DICHO TRATAMIENTO, INICIADO EN LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO (GINECOLOGIA) DEL HOSPITAL. EN EL CASO DE SER DERIVADAS AL CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, DEBERÁN SERLO CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR INDICANDO EL MODELO DE PESARIO QUE PORTA Y PARA CUANDO DEBE SER CITADO EL RECAMBIO DEL MISMO. IGUALMENTE SE HARÁ CONSTAR EL GRADO DE PROLAPSO CUANDO SE COLOCÓ EL PESARIO, ASÍ COMO OTRAS PARTICULARIDADES QUE COINCIDAN EN LA PACIENTE Y SEAN IMPORTANTES PARA SU POSTERIOR SEGUIMIENTO, COMO POR EJEMPLO EL USO DE TRATAMIENTO LOCAL.
DERIVAR A LA PACIENTE AL CME NO SERÁ IMPEDIMENTO PARA QUE CUANDO SE REQUIERA UNA NUEVA VALORACIÓN POR PARTE DE LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO, LA PACIENTE SEA DERIVADA A DICHA CONSULTA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
EN LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO DEL HOSPITAL REGISTRAREMOS LAS PACIENTES QUE SON DERIVADAS A LOS CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.
EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE LOS CME IMPLEMENTAREMOS UN CUESTIONARIO QUE REFLEJE LA UTILIZACIÓN DE LOS PESARIOS, CON EL FIN DE PODER CALCULAR LA INCIDENCIA DE USO, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO DE INICIO Y LA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

ENTRE MARZO Y ABRIL DE 2019 SE ANALIZARAN Y ACTUALIZARAN LOS PROTOCOLOS DE USO DE ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR, CONSENSUANDOS CON LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, UTILIZANDO LAS SESIONES DE ACTUALIZACIÓN QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO.
ESPERAMOS QUE ENTRE FEBRERO Y MARZO LOS ALMACENES DE LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DISPONGAN DE PESARIOS DE LAS DISTINTAS MEDIDAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR.
ASI MISMO EN ESTOS DOS MESES REPARTIREMOS LAS ENCUESTAS Y FORMULARIOS DE CONTROL QUE SE VAN A REALIZAR EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE GINECOLOGIA QUE PUEDEN ATENDER A ESTE GRUPO DE PACIENTES.
A LOS 6 MESES DEL INICIO REAL DE LA ACTIVIDAD SE ANALIZARÁN LAS ENCUESTAS RECOGIDAS, ASÍ COMO LOS DATOS DEL NUMERO DE PACIENTES QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA DESDE LA CONSULTA HOSPITALARIA DE SUELO PELVICO GINECOLOGIA, Y EL PORCENTAJE DE ESTAS QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA CON INFORME EN RED (HP DOCTOR).

9. RECURSOS NECESARIOS.
SE NECESITA SUMINISTRAR PESARIOS DESDE EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS MEDICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET A LOS DOS CME. EXTREMO YA COMENTADO CON LAS SUPERVISORAS DE ENFERMERIA DE AMBOS CENTROS.
UNA VEZ APROVADO SE REALIZARÁ UNA PUESTA AL DIA DEL USO DEL PESARIO A LOS GINECÓLOGOS DEL SERVICIO, EXPLICANDOLES EL PROYECTO Y EL REGISTRO QUE DE EL VAMOS A REALIZAR.
TAMBIEN SE NECESITARA DISPONER DE HOJA RECOGIDA DE DATOS EN LAS CONSULTAS QUE PUEDAN ATENDER ESTE TIPO DE PACIENTES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LA D.G. DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE AL VPH EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS DE ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO

2. RESPONSABLE AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· YAGUE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La persistencia de la infección por virus del papiloma humano en sus distintos genotipos ha sido ampliamente establecida como agente etiológico de más del 90% de los cánceres de cérvix uterino.

Entre las medidas que han demostrado eficacia para disminuir la incidencia de dicha neoplasia se incluyen opciones de prevención secundaria: cribado citológico y test de detección de VPH para el diagnóstico precoz, y otras de prevención primaria: vacunación frente al VPH. La incorporación de dicha vacuna al calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de Aragón se inició con las cohortes de niñas nacidas a partir del 01/01/1994.

En estudios posteriores se ha demostrado que la vacunación en adultas que pertenecen a grupos de riesgo, y aquellas que han padecido una lesión intraepitelial de alto grado contribuye a una disminución del riesgo de reinfección y recidiva. Por tanto la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón establece con fecha del 01/06/2018 unas nuevas recomendaciones en materia de vacunación para pacientes con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado y también otros grupos de riesgo como mujeres VIH positivas y menores de 26 años que ejercen la prostitución.

El actual proyecto de mejora pretende establecer y protocolizar nuestra intervención como agentes de salud, incorporando de forma sistematizada dicha recomendación a lo largo de nuestra actividad asistencial en las pacientes que presentan dicha patología.

La información y recomendación sobre la opción de vacunación se realizará en el momento de la confirmación diagnóstica anatomopatológica, y se reincidirá en dicha información al alta hospitalaria tras la realización de tratamiento escisional. Se proporcionará asimismo información escrita sobre la recomendación oficial adjuntándola al informe provisional y / o definitivo de alta del proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Difundir la recomendación en materia de Salud Pública respecto a la vacunación frente a la infección por VPH entre las pacientes candidatas.
- Ampliar e informar de manera indirecta a los facultativos de atención primaria y personal de enfermería sobre la disponibilidad de dicha herramienta como prevención.
- Disminuir el número de reinfecciones, redetecciones, y recidivas en las pacientes sometidas a conización o con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se ofrecerá información verbal sobre las recomendaciones sobre vacunación frente a VPH en el momento del diagnóstico y al establecer la indicación del tratamiento escisional o conización diagnóstica-terapéutica. Se remitirá a las pacientes a los centros de salud para dispensación de la misma.
- Se proporcionará información escrita de nuevo en el momento del alta provisional hospitalaria, o de CMA.
- Se rescatará a las pacientes que por algún motivo no hayan recibido previamente dicha información, y se insistirá en la consulta de resultados tras la conización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Información escrita sobre recomendaciones de vacunación al menos al 90% de las pacientes sometidas a conización y de otros grupos de riesgo incluidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019 y siguientes

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LA D.G. DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE AL VPH EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS DE ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

2. RESPONSABLE PATRICIA RUBIO CUESTA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- RUIZ CAMPO LEIRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GABASA GORGAS LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DIESTE MARTINEZ PEÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ORTEGA MARCILLA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica. Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación del la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico.

La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante.

El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.
- Complementar la técnica del ganglio centinela mediante el marcaje con arpón del ganglio clipado, incrementando con ello la tasa de detección del ganglio inicialmente afecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.

Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico. Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. El día previo a la intervención, se inyecta el nanocoloide Tc99, imprescindible para la realización de BSGC, y antes de entrar al quirófano se completa el marcaje con la inserción de un arón localizador del ganglio clipado. De este modo, aseguramos la disección y extracción del ganglio inicialmente afecto, con el fin de posibilitar la correcta valoración de respuesta axilar a TSP. La realización de una radiografía simple al espécimen quirúrgico, nos permitirá conocer, al momento, la coincidencia entre ganglio centinela y clipado.

En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP en el ganglio centinela, y compararla con los resultados en la pieza de linfadenectomía reglada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

Como indicadores de calidad consideraremos:

- A.) El número de pacientes que acepta participar en el estudio/total de candidatas, con un estándar esperado >70%.
- B.) El número de ganglios inicialmente afectados detectados mediante doble marcaje/total de ganglios clipados, con un estándar esperado >70%.

Proyecto: 2019_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

C.) El número de ganglios en los que coincide marcador-centinela y arpón/total de arpones axilares, con un estándar esperado >50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se trata de una mejora y ampliación del proyecto presentado en 2018. La evaluación inicial será realizada al completar un nuevo año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HUMS.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se requerirá la participación del equipo multidisciplinar que habitualmente intervenimos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. El procedimiento no dista del habitual, incluyendo tan solo el marcaje extraordinario del ganglio afectado con un clip radiopaco en el momento de la biopsia, y el posterior marcaje nanocoloide/arpón siguiendo los protocolos ya establecidos para pacientes N0.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0746 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TAJADA DUASO MAURICIO CAYO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El control de la gestación gemelar se realiza siempre a nivel hospitalario. Se reparte entre la Sección de Diagnóstico Prenatal/Ecografía Obstétrica y la Sección de Medicina Materno Fetal. La morfología fetal es competencia única de la Sección de Diagnóstico Prenatal. El control del crecimiento fetal, por contra, se reparte entre las dos unidades. En general, en las pacientes que se controlan en la Sección de Medicina Materno Fetal, los controles se realizan en la misma consulta. Hasta el momento, no se había realizado así con las gestaciones gemelares por un problema logístico y de recursos tecnológicos. Con esta situación de partida, las gestantes con un embarazo gemelar tienen que pasar por dos consultas diferentes, en horarios a veces muy divergentes y a veces incluso en días distintos. Esto conlleva una incomodidad y una pérdida de tiempo para la paciente, más que considerable. Actualmente existe una tendencia a especializar las consultas y que sean un monográfico en cada jornada. Las consultas en la gestación gemelar, se encuentran mezcladas con muchas otras patologías y problemas totalmente distintos y que requieren otro tipo de control diferente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con la creación de una consulta de alta resolución en las gestaciones gemelares bicoriales biamnióticas, se pretende aunar en una misma consulta, la realización de todas las ecografías exclusivas de control del crecimiento y bienestar fetal, con la visita propia de la semana de embarazo correspondiente y la realización del test basal a partir de la semana que corresponda. Esto conllevará un importante ahorro de tiempo para la paciente, y la posibilidad de la toma de decisiones en el momento del diagnóstico. Además será una consulta monográfica de este tipo de gestaciones. La población diana son las pacientes con una gestación bicorial biamniótica desde la semana 24 del embarazo hasta el parto, que no tengan diagnosticada una malformación o anomalía morfológica fetal. Se integra todo el proyecto en el Servicio de Obstetricia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas son: 1º Cambio de sala de consulta. Se realizará una permuta con la sala donde se realizan los test basales en la actualidad. Se ganará en espacio y confort para las pacientes. 2º Adecuación de la nueva sala. Delimitación del área de exploración mediante un sistema de cortinas. instalación de rosetas para reubicación de equipo informático. 3º Solicitud de nuevo equipo informático añadido al existente. 4º Adecuación de las agendas electrónicas a la nueva incorporación de actividad 5º Elaboración de tablas propias de medidas y pesos fetales en este tipo de gestaciones. 6º Elaboración de informe ecográfico a través de HP Doctor para que esté disponible en red

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Todas las mujeres incluidas en población diana, deberían ser vistas el día específico creado para este fin. El estándar debería estar en el 100% de las mujeres incluidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer semestre: *Cambio de ubicación de la sala de consulta; *Elaboración de informe ecográfico; *Adecuación de la nueva sala de consulta (mobiliario, cortinas, rosetas, equipo informático); *Elaboración de las nuevas agendas
Segundo semestre: * Puesta en funcionamiento de las nuevas agendas y comienzo de las citas en la nueva consulta; * Incorporación del informe ecográfico en el sistema mediante el HP-Doctor * Asimilación en la consulta específica de todas las pacientes incluidas en la población diana.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Solicitud de nuevo equipo informático. Solicitud de elaboración y colocación del sistema aislante de cortinas. Solicitud de veladura de la luz procedente de las ventanas en la zona de trabajo con el aparato de ultrasonidos. Instalación de nuevas rosetas para equipos informáticos en la nueva sala. Modificación en las agendas electrónicas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0746 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ANDRES OROS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GONZALEZ BALLANO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CRESPO ESTERAS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• LASIERRA BEAMONTE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que acontecen en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son "Parto vaginal sin complicaciones" y "Parto vaginal con complicaciones". Por tanto, cualquier medida que tenga como objetivo mejorar alguna parcela de su asistencia va a tener una importante repercusión.

La reparación del periné tras una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más comunes en la obstetricia. La correcta valoración de la lesión y una técnica quirúrgica adecuada son necesarias para evitar a la paciente secuelas a largo plazo que determinarán de forma importante su calidad de vida.

Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado pueden ocasionar dispareunia, dolor pélvico crónico e incontinencia urinaria y fecal. Su prevalencia es baja y sin una adecuada formación puede infraestimarse. Consideramos fundamental el entrenamiento para su correcto diagnóstico y reparación en modelos de simulación. De esta forma el profesional puede no sólo actualizar sus conocimientos teóricos sino mantener sus habilidades quirúrgicas.

La herramienta de la simulación se enmarca dentro de la apuesta de nuestro Servicio de Obstetricia por la formación continuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: profesionales implicados en el proceso del parto y por tanto en el diagnóstico y reparación de desgarros perineales postparto:

- Facultativos especialistas de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Médicos Internos Residentes de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Matronas.
- Enfermeras Internas Residentes de matrona.

El objetivo principal del proyecto es el entrenamiento, utilizando modelos de simulación, para diagnóstico y reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado tras parto vaginal.

Objetivos secundarios:

- Mejorar conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas en patologías poco prevalentes.
- Sistematizar maniobras de diagnóstico de desgarros perineales.
- Facilitar el acceso a material quirúrgico necesario en la reparación con una correcta rotulación del mismo.
- Protocolizar antibioterapia, ajustada a PROA, en relación con el procedimiento.
- Facilitar acceso a la información, colocando posters de reparación perineal en paritorios y quirófano.
- Disminuir secuelas a medio y largo plazo para la paciente con desgarros de tercer y cuarto grado perineal postparto.
- Mejorar la satisfacción del profesional implicado en el proceso del parto al mejorar sus habilidades prácticas.
- Mejorar la seguridad del paciente evitando diagnósticos y tratamientos subestándar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

* Formación de equipo de trabajo integrado por facultativos del Servicio de Obstetricia, Sección de Paritorio y Puerperio, del Hospital Miguel Servet.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño y "fabricación" de modelos de simulación para entrenamiento de los profesionales.

* Talleres teóricos y prácticos basados en la simulación destinados a todos los profesionales implicados en el parto.

Para el mantenimiento de habilidades quirúrgicas se planteará la convocatoria periódica de los citados cursos.

* Colocación en quirófano y paritorio de posters de reparación de desgarros perineales y tratamiento antibiótico de elección para facilitar su "recordatorio".

Proyecto: 2019_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

* Rotulación e identificación en paritorio y quirófano de las suturas y material necesarias para reparación de los citados desgarros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará un cuestionario tipo test al personal al que va dirigida la actividad formativa antes y después de los cursos.

Asimismo se realizará una evaluación de habilidades prácticas tras talleres de simulación en los modelos utilizados.

- Conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (según resultado test) tras cursos y talleres.

Objetivo > 80 %

- Capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (en modelos de simulación) tras cursos y talleres.

Objetivo > 80 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. Andrés Orós

- Enero-Marzo 2019: formación del equipo de trabajo y revisión de evidencia disponible.

- Enero-Abril 2019: diseño y "fabricación" de modelos de simulación.

- Enero 2019-Abril 2020: cursos de formación y talleres de simulación para FEAs Servicio de Ginecología y Obstetricia, MIR de la especialidad, matronas y EIR de matronas. Test evaluación tras cada curso de formación.

- Junio 2019: rotulación e identificación de las suturas y material necesarias para reparación de desgarros.

- Septiembre 2019: colocación de posters.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El modelo de simulación se fabricará con materiales baratos y accesibles por lo que no requerirá ningún recurso especial.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE MARIA RODRIGO RODRIGUEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PASCUAL MANCHO JARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TAJADA DUASO MAURICIO CAYO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PEREZ PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GARRIDO FERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ABENIA USON PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
• ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Para la detección prenatal de las anomalías genéticas se han desarrollado diversas estrategias de cribado mediante pruebas con las que identificar gestantes con fetos que presentan un riesgo elevado de tener una anomalía genética, sobre todo la trisomía 21, 13 y 18.

En el Hospital Miguel Servet se ha protocolizado el cribado combinado: Se recoge la muestra para β -hCG y PAPP-A séricas en semana 10 y la realización de la ecografía en semana 12. Para conseguir un buen cribado poblacional debemos conseguir que al menos el 80% de nuestra población gestante tenga acceso al mismo.

Aproximadamente un 8% de las gestantes no realizan ni la analítica ni la ecografía en las semanas óptimas para ello, sino más tarde. La primera visita en tocólogo de área debería realizarse óptimamente en semana 8, plazo que no siempre se cumple por el hecho de posponer la remisión a tocología de área desde el médico de atención primaria (MAP) por la solicitud de una analítica sanguínea, que no estará completa y tendrá que repetirse posteriormente; así como por el límite de primeras visitas establecido en la citación de la consulta de tocología.

Si la ecografía no se realiza en el momento óptimo (medida craneo-caudal fetal por debajo de 84mm), se considera que la gestante se encuentra en el segundo trimestre del embarazo y el cribado de cromosomopatías a realizar es diferente. Esto implica realizar la petición desde la consulta, aumentando también el número de citas en la consulta de Diagnóstico Prenatal (DP) para informar del resultado; así como una menor tasa de detección, de aproximadamente el 65-70%.

Una vez realizado el cálculo de riesgo, si éste está comprendido entre 1/50 y 1/1000, estará indicado ofrecer a la gestante la realización del test fetal no invasivo (NIPT), solicitándose desde la consulta donde se informará de la prueba.

Las gestantes acudirán a la Unidad Central del Laboratorio del HUMS para que se les realice la extracción de sangre (de 7:30 a 10h). La muestra de sangre junto con el consentimiento informado serán remitidos a la sección de Genética Clínica desde donde se procederá a la gestión del envío de la muestra, la recepción del resultado y la comunicación de éste a las gestantes.

En el caso que se tenga que solicitar el cribado de segundo trimestre, si el resultado es riesgo intermedio y está indicado realizar el NIPT, se citará a la paciente en la consulta de Diagnóstico Prenatal antes de las 9:30 para que pueda explicarse el resultado y la realización de la analítica el mismo día.

Debido a que el cribado alcanza una tasa de detección del 85-95%, puede existir un porcentaje de hasta el 15% de falsos negativos. Para la identificación de estos casos y realizar un feed-back adecuado, se considera necesario un circuito informativo entre los Servicios de Neonatología y Diagnóstico Prenatal del Hospital Miguel Servet. Con la aplicación de estos cambios, la paciente verá facilitada la realización de la prueba y el cribado de cromosomopatías será realizado en una consulta de alta resolución.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar el porcentaje de mujeres que se adhieren al programa de cribado de cromosomopatías del primer trimestre, estando éste por encima del 80%.
- Disminuir el porcentaje de mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre y el número de visitas en la consulta de DP derivadas de éste.
- Incluir la totalidad de los NIPT que son solicitados desde DP en consultas antes de las 9:30h para que las pacientes puedan extraerse la analítica el mismo día y optimizar así el circuito.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Informar a los MAP de la no indicación de realización de analítica una vez la gestante acuda a su consulta y la importancia de remitirlas a tocología con brevedad.
- Indicar al Servicio de Citaciones de los CME los plazos para las citas de las gestantes, así como eliminar la restricción en el número de primeras visitas en estas consultas.
- Colaborar con los especialistas de pediatría en la creación y mantenimiento de una base de datos común que vincule el número de historia de la madre y del recién nacido, riesgo del cribado y resultado perinatal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº mujeres que realizan el cribado de primer trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año.
- Estándar: Superior al 90%

Proyecto: 2019_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

- Nº mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año. Estándar: Inferior al 10%
- Tasa de NIPT sobre el total de cribados realizados. Estándar: inferior al 12%
- Número de consultas en Diagnóstico Prenatal para resultados de cribado de segundo trimestre. Objetivo: Inferior a 150.
- Creación de base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal. Estándar: creada y en funcionamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo - Junio: Información a MAP / CME. Instrucciones al Servicio de Citaciones. Inicio de recogida de indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No serán necesarios recursos materiales nuevos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

2. RESPONSABLE PILAR CALVO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PARDIÑAS BARON MARIA NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· MENDEZ MARTINEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· BARTOL PUYAL FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· SIERRA BARRERAS JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· GIL RUIZ ROCIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· ARROYO RAMOS ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El volumen de los pacientes de retina médica es cada vez más elevado ya que la edad de los pacientes cada vez es mayor y patologías como la degeneración macular asociada a la edad y el edema macular diabético son cada vez más frecuentes. Gracias a los tratamientos intravítreos hemos convertido a estas patologías en pacientes crónicos, que requieren un número muy elevado de visitas al hospital así como de tratamientos intravítreos (entre 7-9 al año). En las consultas hay días que pasan específicamente estas patologías hasta 4 facultativos, con una media de 25 pacientes cada uno lo que implica cerca de 100 pacientes sólo de retina médica que van a necesitar un trabajo específico de enfermería previo al examen médico (agudeza visual, dilatación pupilar y realización de una prueba llamada OCT -tomografía de coherencia óptica). Es fundamental optimizar un circuito de pacientes protocolizado para agilizar el tiempo de espera en las consultas y que todos los pacientes reciban unos cuidados con los máximos estándares de calidad. Mediante un proyecto de GPS de localización hemos encontrado los puntos clave de mejora que queremos cumplir con este acuerdo de gestión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Redacción de un protocolo de enfermería para la preparación de los pacientes de Retina Médica
- Confeccionar un check-list para preparar el día anterior la consulta de Enfermería
- Cambiar las agendas para iniciar la consulta con revisiones y no tener las primeras visitas hasta las 11.30am
- Manejo de actuación ante días de alto volumen, evitar interrupciones, evitar pacientes en los pasillos y ante emergencias como la rotura de alguna máquina de pruebas (OCT)
- Cambiar la localización de la consulta de agudeza visual para que esté físicamente más cerca de la sala de las pruebas (OCT)
- Implementar una consulta de visita única (agudeza visual, OCT, examen médico e inyección intravítrea) en una sola visita para el paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Confeccionar un protocolo de enfermería
- Formación a todo el personal en dicho protocolo.
- Redacción de un check-list de obligado cumplimiento previo al inicio de la consulta.
- Consensuar con Farmacia, Informática así como enfermería de sala blanca para informatizar los partes quirúrgicos de las inyecciones intravítreas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Gracias a un GPS de localización, tenemos los tiempos de espera de los pacientes previos a implementar todos estos cambios. El objetivo va a ser volver a medir todos los tiempos de espera una vez realizado este proyecto y ver si hemos logrado una mejora en la gestión de estos pacientes. El objetivo es conseguir que la visita médica completa dure menos de 40 minutos. El objetivo secundario será incluir la inyección intravítrea en la misma visita para evitar que el paciente vuelva a venir otro día.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración proyecto: 1 año
Inicio: junio 2019
Realización protocolo: julio-septiembre 2019
Implementación protocolo: a partir octubre 2019.
Empezar a medir resultados durante 1 año, hasta junio 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1121 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

2. RESPONSABLE LORENA MORALES HIJAZO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FERNANDEZ CASTRO BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• GRIMA CAMPOS LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• LASALA VILLA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• CRISTOBAL MERCADO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• AGUILAR GIMENO RITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• MUÑO LIDON MARIA SOLEDAD. TCAE. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• MAJAN GUERRERO MAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Enfermería Oncológica debe basarse en estándares de Calidad y Seguridad del paciente, a fin de ofrecer una atención óptima y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados. Para poder ofrecer una atención estandarizada, se hace necesaria la creación de programas de acogida al personal de nueva incorporación, tanto en relación al manejo de citostáticos, como para su administración y eliminación, así como en la continuidad de cuidados del paciente en caso de requerir ingreso durante su tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- El objetivo principal es el formar adecuadamente al personal tanto de enfermería como TCAE de nueva incorporación al Servicio de Oncología Médica del HUMS.
- Garantizar una asistencia óptima a los pacientes oncológicos evitando errores para garantizar su seguridad, así como reducir el grado de ansiedad generado en el personal al incorporarse al servicio garantizando con ello una mejor acogida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Preparar dos sesiones formativas para el personal de enfermería que incluya:
Sesión 1: Recorrido y dinámica del paciente que acude a tratarse al hospital de día (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de fármacos administrados en Oncología, haciendo especial hincapié en aquellos en los que se considere que puedan requerir más complicación de aprendizaje, como actuar en caso de urgencia y/o extravasación (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Preparar dos sesiones formativas para el personal TCAE que incluya:
Sesión 1: Funciones generales del personal tanto en hospital de día como en consultas (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de citostáticos, eliminación, excretas, derrame... modo de actuación en cada caso (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Evaluar el conocimiento adquirido durante las sesiones impartidas al finalizar.
- Diseñar un tríptico/díptico que recoja la información más relevante y que sirva de apoyo para el personal TCAE de Hospital de día.
Realizar una tarjeta de información clave esquematizada para poder dar apoyo en caso de duda al personal de enfermería.
- Diseñar una gráfica de seguimiento del tratamiento quimioterápico, de manera que haya una continuidad de cuidados entre hospital de día y planta de oncología. La enfermera que atiende al paciente registrará en esta gráfica todo tratamiento quimioterápico que se vaya a administrar. Esta gráfica además, se rellenará cada vez que reciba quimioterapia en la planta de oncología para poder llevar un control más específico garantizando la máxima seguridad.
Elaborar una encuesta que deberá completar el personal formado al final del programa para evaluar su grado de satisfacción con el mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Sesiones formativas. El indicador será nº de sesiones impartidas/nº de sesiones previstas según destino de trabajo (HD o planta) X 100. El dato se comprobará consultando los registros de las supervisoras. Se considera adecuado que este indicador sea del 80%
- Tríptico informativo, tarjeta informativa y gráfica de tratamiento. Se comprobará que se han realizado consultando a las Supervisoras. El indicador será nº de documentos elaborados/3 x 100. Este indicador deberá ser del 100%.
- Encuesta de satisfacción del personal de nueva incorporación (enfermería y TCAE) con la formación y apoyo recibido. Constará de 5 preguntas con 2 opciones: satisfecho/no satisfecho. Se considerará satisfecho el presentar 3 o más respuestas con resultado de satisfecho. El indicador será nº de personal con resultado satisfecho/nº personal total formado x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de los asistentes

Proyecto: 2019_1121 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

esté satisfecho.

- Evaluación mediante prueba escrita con 10 preguntas y cuatro opciones como respuestas, con una de 1 de ellas correcta, sobre el tema tratado.

El indicador será el nº de preguntas acertadas/ nº total preguntas formuladas x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de las preguntas sean correctas de manera individual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Belén Fernández Castro y Cristina Lasala Villa. Inicio:1/1/19 Fin: 15/04/19

2. Preparación de las sesiones (contenido, personal docente). Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro, Lorena Morales Hijazo, M^a Soledad Muñio Lidón y Mar Majan Guerrero. Inicio: 1-1-19 Fin: 31-3-19

3. Elaboración de las tarjetas y trípticos.

Tarjetas: 1º semestre 2019 Responsable: Laura Grima Campos y Lorena Morales Hijazo.

Tríptico: 1º semestre 2019 Responsable: Belén Fernández Castro, M^a Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero

4. Elaboración de la gráfica de fármacos.

1º semestre 2019 Responsable: Cristina Lasala Villa y Cristina Cristobal Mercado.

5. Impartir sesiones formativas y Evaluación: 16-4-19 al 31-12-19. Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro Lorena Morales Hijazo, M^a Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero.

6. Evaluar satisfacción: Lorena Morales Hijazo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los ya existentes en el Servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON CANCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

2. RESPONSABLE IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANTON TORRES ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ORTEGA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· LASALA VILLA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· FERNANDEZ CASTRO BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· TARAZONA MARTA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· GURRUTXAGA SOTES IBON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años se están produciendo importantes avances en el conocimiento del cáncer lo que está condicionado cambios en sus tratamientos. En especial, se ha implantado la inmunoterapia la cual ha demostrado ser eficaz en una gran variedad de tumores y cuyas indicaciones siguen aumentando año tras año. Su incorporación a nuestro arsenal terapéutico con su diferente y específico mecanismo de acción ha supuesto un reto no sólo ya para los Oncólogos sino también para los pacientes ya que sus efectos adversos difieren de los de otros tratamientos disponibles tales como la quimioterapia. Estos efectos adversos son en su mayoría leves pero ocasionalmente pueden ser graves e incluso mortales por lo que su pronta identificación y tratamiento específico son esenciales. El reconocimiento precoz y manejo óptimo de estos efectos adversos es imprescindible para que la balanza riesgo-beneficio resulte favorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo final del proyecto es la creación de mecanismos que garanticen un adecuado manejo de los efectos adversos de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento con inmunoterapia en el Servicio de Oncología Médica del HUMS de Zaragoza y preserven su seguridad. En el mismo se van a implicar los Oncólogos, las Enfermeras tanto de hospital de día como de hospitalización así como a las Coordinadoras de ensayos clínicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas son:

1- Documentos pacientes:

- Elaboración de una hoja de información sobre los efectos adversos inmunorelacionados que se entregará a todo paciente que reciba tratamiento con inmunoterapia en nuestro Servicio. En la misma se le indicarán unas pautas básicas de actuación ante la aparición de alguno de ellos así como el teléfono de contacto de la consulta de enfermería de hospital de día para que lo emplee en caso necesario.

- Creación de una tarjeta identificativa de tamaño cartera que se entregará a los pacientes en la que se especificará el tipo concreto de esquema de tratamiento que lleva así como breve recordatorio de los efectos adversos más frecuentes que puede presentar. Se añadirá también una pauta de tratamiento que se podría indicar en un Servicio de Urgencias en caso de toxicidad grave y/o amenazante para la vida.

Cuando estén elaborados y validados por todo el Servicio ambos documentos se colgarán en la intranet del Servicio.

2- Formación en efectos adversos inmunorrelacionados a todo el personal no médico del Servicio para su mejor conocimiento y así aumentar las posibilidades de detección precoz y tratamiento en grados más leves de los mismos.

3-Creación de un registro de pacientes en tratamiento con inmunoterapia con el fin de poder analizar en el futuro los datos de toxicidad y eficacia en la práctica asistencial habitual y ver si se ajustan a los estándares de los ensayos clínicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Documentos pacientes: confirmación, al final del proyecto, de que se han elaborado los dos documentos (hoja informativa y tarjeta) y que están disponibles para su uso consultando la intranet del Servicio.

- Formación personal no médico: Número de sesiones formativas en inmunoterapia organizadas/año. Esto se comprobará consultando el registro de sesiones del Servicio. El objetivo es realizar al menos dos.

- Creación registro pacientes que reciben inmunoterapia. Se comprobará consultando el número de tratamientos prescritos mediante el programa informático HOSPIWIN y el número de registros realizados en el Servicio donde deberá existir un excell con el listado.

Proyecto: 2019_1175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON CANCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

- Recogida de datos mínimos de cada uno de los pacientes registrados: El objetivo será que al menos estén reflejados los siguientes datos: nombre, número de historia clínica, edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, tipo de tumor, estadio, indicación del tratamiento (adyuvancia, n° de línea de enfermedad metastásica), fármaco/s empleados, recursos hospitalarios utilizados: visitas a Urgencias y número de ingresos hospitalarios por toxicidad.

- Los indicadores serán:

- N° de pacientes registrados / N° pacientes totales tratados con inmunoterapia x 100. Se considerará un buen estándar que se registre prospectivamente el 80% de los casos tratados.

- n° campos completados del registro / n° campos totales x 100. Se considerará un buen estándar que estén completados al menos el 80% de los datos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Documentación pacientes: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Cristina Lasala Villa, Belén Fernández, Isabel Pérez, Dr. Antón. Inicio 1-1-19 Fin: 30-4-19.

- Sesiones formativas: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-5-9. Fin: 31-12-19.

- Registro: Marta Tarazona, Dr. Gurrutxaga. Dra. Ortega, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-1-9. Fin: 31-12-19.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los ya existentes en el Servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

2. RESPONSABLE MARIA MAR PUERTAS VALIÑO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA AGUILERA CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• CERROLAZA PASCUAL MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• ESCUIN TRONCHO CECILIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• GASCON FERRER MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento por enfermedad en el periodo comprendido entre el año y los 14 años de vida. España se sitúa en el contexto europeo occidental, con unas cifras de incidencia cercanas a los 900 nuevos diagnósticos anuales (de 0 a 14 años).

En la mayoría de los tumores sólidos infantiles, el tratamiento multimodal del cáncer asocia cirugía y radioterapia para conseguir el control local del tumor y la quimioterapia para erradicar la enfermedad sistémica.

Una premisa básica en el tratamiento de radioterapia es maximizar la dosis en el tumor, minimizándola en los tejidos sanos y esto adquiere mayor importancia y trascendencia en la irradiación de población pediátrica. Por tanto, es de gran importancia la mejora del posicionamiento y de la inmovilización durante el tratamiento.

El paciente ha de permanecer en una posición concreta, en ocasiones en una posición poco cómoda, sin moverse en cada sesión, durante un tiempo que en ocasiones llega a ser de más de 30 o 40 minutos.

En nuestro centro iniciamos la irradiación con regularidad de pacientes pediátricos en 2012/13. Desde entonces, hemos ido avanzando en la búsqueda del máximo confort para el paciente pediátrico, minimizando el stress que el tratamiento pudiera producirle.

Es importante llamar la atención sobre el tiempo de duración del tratamiento de radioterapia en los niños: el empleo de IGRT diaria previa al tratamiento para asegurar una irradiación lo más precisa posible y ajustada al volumen a tratar es fundamental. Por tanto, desde el empleo de música, cuenta cuentos y actualmente la visualización de películas, hemos conseguido disminuir el uso de anestesia para la aplicación del tratamiento, al mismo tiempo que nos ha permitido el empleo de sistemas de inmovilización que aumentan la precisión a la hora de la administración del tratamiento.

Nuestra gran mejora llegó con el empleo de un DVD portátil, que asociado a un proyector nos permite visualizar películas infantiles (DVDs aportados por nuestros conocidos y amigos) durante la sesión de radioterapia. El niño fija su atención en algo que le gusta, de modo que es capaz de mantener la postura establecida, y el tiempo se le pasa más rápido. Asociado a este hecho, el estar más entretenidos, nos permite el empleo de diversos sistemas de inmovilización como el Body-Fix .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aunque estamos orgullosos y satisfechos con el beneficio obtenido con este sistema, tenemos problemas en cuanto a la inestabilidad de su colocación, la facilidad con que puede ser golpeado por estar colocado a nivel de los mandos del acelerador, la limitación de calidad de la imágenes proyectadas y el hecho de sólo poder reproducir DVDs que son básicamente infantiles.

El objeto de este proyecto es solicitar la colocación de una televisión grande de 55 pulgadas en cada una de salas de los aceleradores donde tratamos a esta población pediátrica.

La colocación de la TV con un soporte desde el techo, no afectaría a la estructura de blindaje de los aceleradores, y nos permitiría a través de un puerto USB la reproducción de películas o videos musicales, más adaptados a las distintas edades de pacientes: niños, adolescentes...

Evidentemente, todos los pacientes se beneficiarían de su instalación, pudiendo estar distraídos durante la sesión de radioterapia, disminuyendo los movimientos involuntarios y el estrés que inevitablemente la situación les provoca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Con la finalidad de conseguir los fondos necesarios para nuestro proyecto se presentó una solicitud a ASPANOA en la convocatoria que esta entidad lanza para financiar proyectos de investigación, formación y humanización que aumenten la calidad asistencial en la Oncopediatría aragonesa.

Una vez aceptado nuestro proyecto, se firma un acuerdo de colaboración entre ASPANOA y el H. Miguel Servet.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Utilizaremos como indicadores:

Proyecto: 2019_0378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

1. Ajuste a los tiempos indicados por el compromiso adquirido respecto al inicio del proyecto y tiempo hasta la puesta en marcha de la nueva TV.
2. Plan de trabajo con la empresa encargada del montaje.
3. Grado de satisfacción del paciente: encuesta de satisfacción.
4. Porcentaje de pacientes en los que evitamos anestesias para el tratamiento de radioterapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Está prevista la instalación de la primera TV durante el verano 2019 o antes si se dan las circunstancias oportunas. La segunda TV se instalará coincidiendo con la instalación del nuevo acelerador.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Plan de necesidades: revisamos distintos presupuestos:
 1. Soporte de techo: 99.90 euros cada uno.
 2. Montaje individual: 100 euros.
 3. Respecto a las televisiones, existe una amplia variedad con precios similares:
14842322993Samsung VESSNU740SUXXC: 899 euros.
14842322910Sony KD55XF8096BAEP: 1.099 euros.
 4. Montaje y envío de cada TV: 15 euros.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0427 (Acuerdos de Gestión)

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

2. RESPONSABLE AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· CAMPOS BONEL ARANTXA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GASCON FERRER MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· CORRAL DELGADO SARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· VALTUEÑA PEYDRO GERMAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GARCIA GIMENO BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PUEYO PODEROS ANA. TER. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (Resolución publicada en BOA del 20/11/17), justifica su creación en base a los modelos organizativos de servicios compartidos con gestión multihospitalaria que se benefician de un valor añadido al concentrar los recursos para una mejor gestión de la atención sanitaria, y de este modo es posible obtener economías de escala y la prestación de técnicas específicas únicas, favoreciendo al mismo tiempo el acceso a la tecnología y la incorporación de recursos e innovación.

La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) incorpora la plantilla médica de los dos anteriores servicios, y tiene una dependencia orgánica de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet. Por otra parte, con fecha 28 de febrero de 2018 se publicó una Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la atención a los pacientes que precisen tratamiento de Oncología Radioterápica. Atendiendo a esta Resolución la especialidad de Oncología Radioterápica deberá estar presente en todos los hospitales de Aragón que tengan Comités de Tumores, participando activamente en ellos y realizando las indicaciones del tratamiento más adecuado para cada paciente. Este acuerdo de gestión cuatrienal tiene como misión definir las actuaciones, recursos, e indicadores que permitan poder alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Operativo de la creación de la Unidad, y en la resolución anteriormente mencionada de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La sede del HUMS se encuentra certificada en UNE ISO 9001 desde 2012.
El objetivo desde esta nueva andadura como nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Aragón, es ampliar la certificación de gestión de la calidad UNE en ISO 9000 a la sede del HCU.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. 1º Reunión entre las unidades de Calidad de ambos Hospitales HCU y HUMS tutelados por la Unidad de Calidad del SALUD
2. 2º Unificación de consentimientos informados.
3. Realización del mapa de procesos de UCMORA
4. Desarrollo y unificación de procedimientos generales de ambos sectores
5. Desarrollo de procedimientos operativos en la sede del HCU.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1 que el 100% de los CI estén unificados a lo largo de 2019.
Indicador 2 que este realizado el Mapa de procesos de UCMORA en Dic de 2019 con el diseño de Procedimientos operativos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El plazo para poder alcanzar la certificación sería de 2 años.
? 1º semestre de 2019 unificación de CI
? 2ª semestre de 2019 adecuación de los procedimientos operativos/ generales con indicadores
? 1º semestre de 2020 análisis de riesgos

9. RECURSOS NECESARIOS.

Establecer equipos de trabajo para desarrollar las actividades, liderados por responsables de calidad.

Proyecto: 2019_0427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

2. RESPONSABLE SARA CORRAL DELGADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALTUEÑA PEYDRO GERMAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· CAMPOS BONEL ARANTXA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MILLASTRE BOCOS ESTHER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· CARRUESCO CRESPO IRENE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· LASHERAS OLIVER SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· SOPEÑA SANZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MUÑOZ SAENZ ENCARNA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del HSJ. El facultativo se integra en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el Hospital San Jorge.

La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas.

A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes y martes, hasta el HSJ en horario de 8:00 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1. Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.

2. Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.

En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a OR, comunicando la decisión adoptada.

Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.

Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.

Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.

3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.

Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 200 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el HSJ.

Proyecto: 2019_0428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Se utilizarán los siguientes indicadores que serán evaluados semestralmente:

1- N° de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HSJ/N° de pacientes subsidiarios de radioterapia en HSJ

El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.

2- N° de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HSJ/N° total de pacientes tratados en UCMORA.

El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta de Oncología radioterápica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal todos los lunes y martes del año que sean laborables.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dos facultativos de UCMORA disponibles para desplazarse con periodicidad semanal hasta el HSJ.

Soporte administrativo para la organización de las citaciones de pacientes en primera visita y en seguimiento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

2. RESPONSABLE MARINA GASCON FERRER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· ESCUIN TRONCHO CECILIA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PUERTAS VALIÑO MARIA MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GARCIA AGUILERA CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PARDO SUS ALIDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de las Estrategias y proyectos de atención oncológica en Aragón: Unificación servicios y unidades de referencia. En 2017 tuvo lugar la unificación de los Servicios de Oncología Radioterápica. La creación de la Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica (OR) de Aragón (UCMORA) permite la gestión de una cartera de servicios común. La distancia entre los dos centros donde se concentra la tecnología disponible y que forman parte de la Unidad Clínica propuesta en Zaragoza (M.Servet y Clínico) permite la prestación de dicha cartera de servicios en los dos hospitales y dirigido a toda la población aragonesa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Uno de los objetivos de UCMORA es la disminución de la variabilidad clínica en el ttº local del cáncer de mama. El tratamiento estándar en el cáncer de mama precoz es la cirugía conservadora seguida de Radioterapia. Se ha observado que en aquellos centros que no disponen de Oncólogo Radioterápico, la tasa de mastectomía es más elevada. La mayor accesibilidad a la Radioterapia permitirá aumentar la tasa de cirugía conservadora en el cáncer de mama precoz. Otro objetivo es estandarizar la Radioterapia Externa en cáncer de mama mediante técnicas de Hipofraccionamiento (equivalente en cuanto a control local y toxicidad al fraccionamiento clásico), permitiendo disminuir el número de sesiones de Radioterapia con impacto en la calidad de vida de las pacientes.
El paso inicial y necesario es la realización de un movimiento centrífugo hacia los Hospitales de la CA, y cuyo objetivo es acercarlo al experto. Se trata de un proyecto de implantación de la especialidad en la cartera de servicios de todos los hospitales de la CA de Aragón. Debemos hacer especial hincapié en aquellos centros donde existe Comité de Tumores, como son Teruel, Alcañiz y Huesca donde ya están creadas las unidades funcionales desde mayo y junio de 2018 respectivamente y desde febrero de 2019 en Huesca, con el fin de ofrecer una atención multidisciplinar de calidad y un acceso equitativo a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que permita disminuir la variabilidad en la indicación de radioterapia y su infrautilización secundaria a factores geográficos.
Objetivo 1: - Presencia del Oncólogo radioterápico en los Comités de Tumores. Asistencia a los Comités de Mama de cada centro.
Objetivo 2: - Presencia del Oncólogo radioterápico en la actividad asistencial. Atención de primeras visitas y revisiones. Se planifican las revisiones conjuntamente con Oncología Médica al objeto de disminuir el número de visitas sucesivas innecesarias.
Objetivo 3: - Consensuar las indicaciones de Radioterapia en los distintos estadios del cáncer de mama entre todos los oncólogos radioterápicos implicados en el ttº del cáncer de mama mediante la elaboración de un protocolo conjunto. Todas las pacientes subsidiarias de tratamiento radioterápico se presentan en sesión clínica para sentar la indicación más adecuada para cada paciente.
Objetivo 4: - Elaboración del Procedimiento Operativo de Atención a las pacientes de cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Aragón. UNE-EN-ISO-9001. Este modelo nos va a permitir conocer la realidad: el número de pacientes candidatos a radioterapia evitando tanto la infraindicación por cuestiones de distancia como evitar la derivación a centros privados de técnicas especiales asumibles por UCMORA. Estimamos que en este primer año el número de pacientes valorados alcanzará los 250 pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Asistencia por parte de los Oncólogos Radioterápicos especializados en cáncer de mama a los distintos centros periféricos, tanto para asistir a los Comités de Tumores de Mama como para la realización de la actividad asistencial programada. -Presentación de los casos de cáncer de mama valorados en los centros periféricos en sesión clínica diaria donde se indique el tratamiento más óptimo para cada paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº pacientes con cáncer de mama remitidas a los centros periféricos (Alcañiz, Teruel y Huesca) / nº pacientes con cáncer de mama subsidiarias de Radioterapia. Nº pacientes tratadas con Radioterapia Hipofraccionada / Nº

Proyecto: 2019_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

pacientes subsidiarias de Radioterapia Externa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de la actividad en Hospital de Teruel en mayo de 2018, en Hospital de Alcañiz en junio de 2018 y en Hospital de febrero de 2019 con periodicidad semanal. Se evaluarán anualmente los indicadores y objetivos conseguidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cuatro facultativos especialistas en Oncología Radioterápica que se desplazarán a los centros periféricos respectivos semanalmente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ARANTXA CAMPOS BONEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· MIRANDA BURGOS ANABELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· IBÁÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica (ORT) centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Alcañiz hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación y administración del mismo, que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de ORT a los pacientes del Hospital de Alcañiz (HA) para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico y posterior seguimiento, evitándoles los viajes que suponen estas consultas a Zaragoza. La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de ORT es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas. Otro de los objetivos es acercar la ORT a los facultativos de otras especialidades mediante la participación en los subcomités del hospital y la comunicación directa, permitiendo, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Un facultativo de la UCMORA se desplazará semanalmente, por el momento, los martes, hasta el HA en horario de 8:45 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1. Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico.

2. Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de Oncología Médica, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica y Oncología Radioterápica. En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a ORT, comunicando la decisión adoptada. Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un n° propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, la inicial de la población del hospital y n° de paciente, por ejemplo: 19A/001.

3. Seguimiento del paciente conjuntamente con Oncología Médica o los servicios responsables del paciente. Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de ORT del HA según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico. Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejarán los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, N° de Hª General, N° de Historia de ORT, Localización, Indicación de RT y Centro de derivación.

Se creará un episodio de ORT en la historia clínica electrónica a todos los pacientes valorados en consulta de primer día y seguimiento donde se adjuntará un informe y comentarios de la evolución de la enfermedad que será accesible para todos los especialistas de cualquier sede hospitalaria y atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 150 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el HA. Los indicadores que se utilizarán son:

1. N° de pacientes remitidos a la consulta de ORT del HA / N° de pacientes subsidiarios de radioterapia en HA. El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de Oncología Radioterápica del HA.

2. N° de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HA / N° total de pacientes tratados en UCMORA (sede HUMS). El objetivo es que el 90% de los pacientes continúen su seguimiento en consulta de ORT de HA.

La evaluación de los indicadores se realizará semestralmente.

Proyecto: 2019_0431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto va realizarse durante el año 2019, con previsión de continuar en los próximos años.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un facultativo de UCMORA disponible para desplazarse con periodicidad semanal hasta el HA. Soporte administrativo para la organización de las citaciones de pacientes en primera visita y en seguimiento tanto en el HUMS como en el HA. Un espacio físico para realizar la consulta semanal.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0601 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

2. RESPONSABLE BLANCA GARCIA GIMENO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MUÑOZ SAENZ ENCARNA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• IRUN CUAIRAN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• SANCHO SERRANO ANGEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• CARRUESCO CRESPO IRENE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• CAMPOS BONEL ARANCHA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• MIRANDA BURGOS ANABELA. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer de Cérvix es el segundo tipo de cáncer ginecológico más común en las mujeres. La edad media de aparición es a los 45 años. Es frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 nuevos casos cada año en el mundo.

En líneas generales, las pacientes con cáncer de Cérvix en estadios iniciales, se tratan con cirugía y las que tienen tumores avanzados, se tratan con radioquimioterapia concomitante. La correcta utilización en tiempo y forma de la braquiterapia como parte integral del tratamiento del cáncer de Cérvix se comporta como factor pronóstico en el control local de la enfermedad.

El tratamiento con braquiterapia electrónica en cáncer de Cérvix no operado se realiza en cuatro sesiones, dos días consecutivos (generalmente jueves y viernes), durante dos semanas seguidas. La paciente el día previo a la 1ª sesión de Braquiterapia ingresa en el Hospital por la tarde, realizándose el tratamiento los días siguientes a la fecha de ingreso, recibiendo la primera y segunda sesión de tratamiento. Tras las dos sesiones si la paciente se encuentra en buen estado es dada de alta, repitiéndose el mismo esquema para la tercera y cuarta sesión de tratamiento, en la semana siguiente.

Por el tiempo transcurrido entre sesiones el personal de Enfermería puede desempeñar un papel importante en la detección de posibles efectos secundarios, así como poder ofrecerle a la paciente un apoyo durante el proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mayor seguimiento de la paciente durante y tras finalizar el tratamiento con el fin de poder valorar como se encuentra la paciente, tanto física como emocionalmente; además de poder detectar cualquier efecto secundario derivado del mismo tratamiento y si fuera necesario, junto al facultativo responsable del tratamiento, tomar las medidas pertinentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Una vez dada de alta, el lunes el personal de Enfermería de Oncología Radioterápica llamará por teléfono a la paciente con el fin de hacer una valoración general respecto al siguiente Check - List:

- Estado general
- Fiebre
- Dolor (según escala EVA): si ha precisado analgesia

- Toxicidad ginecológica / urinaria (según escala CTAE 4.0)
- Sangrado vaginal
- Disuria
- Nicturia
- Polaquiuria
- Hematuria
- Toxicidad rectal (según escala CTAE 4.0)
- Diarrea
- Rectorragia
- Rectitis

- Cumplimiento de tratamiento
- Lavados con Rosalgin
- Óvulos de Cicatridina

Si tras la llamada y comentado con los facultativos responsables del tratamiento se valora que todo está correcto, la paciente procederá al ingreso para realizar las dos siguientes sesiones de Braquiterapia, espaciadas en una semana. Una vez finalizado el tratamiento, el lunes se volverá a llamar a la paciente para volver a valorar su estado general y reforzar las recomendaciones al alta, de acuerdo al Check - List.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Inclusión de las pacientes nuevas desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la realización de la técnica (Actual 0%)

Proyecto: 2019_0601 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

- Esperado 90%)

- % pacientes que disminuyen sus dudas tras la realización de la llamada telefónica (Actual 0% - Esperado 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo del contenido de los puntos a incluir en el Check -List: Febrero 2019
Realización de la llamada: Marzo 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Teléfono
2. Realización de Check - List de acuerdo a normas ISO
3. Tiempo por parte del personal de Enfermería

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0651 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE PRIMER DIA, EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE LA PROVINCIA DE HUESCA Y TERUEL QUE VAN A REALIZAR TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE IRENE CARRUESCO CRESPO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO SERRANO ANGEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· IRUN CUAIRAN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GARCIA GUTIERREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PUEYO PODEROS ANA. TECNICO SUPERIOR DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA. TECNICO SUPERIOR DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· AGUAVIVA MORA PAULA. TECNICO SUPERIOR DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· VAZQUEZ FERNANDEZ JAGOBA. TECNICO SUPERIOR DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes de la provincia de Huesca y Teruel hasta Zaragoza para realizar la planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es proporcionar a todos los pacientes de Aragón las mismas recomendaciones, cuidados de enfermería y curas que puedan precisar durante todo el tratamiento de Radioterapia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Todos los pacientes que han sido visitados en los Hospitales pertenecientes a las provincias de Huesca y Teruel, y se haya decidido que su centro de referencia de RDT sea el Hospital Miguel Servet, vendrán a realizar el Tac de Planificación y ese día realizaremos la 1ª visita de enfermería en la que explicaremos posibles efectos secundarios y daremos recomendaciones y cuidados que deben seguir durante el tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 150 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones.

Se utilizarán los siguientes indicadores que serán evaluados semestralmente:

- 1- N° de pacientes valorados en la consulta de enfermería de primer día
El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en nuestra consulta
- 2- Minimizar la toxicidad aguda producida por la radioterapia
El objetivo es no tener Radiodermatitis GIII en más de un 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto va a realizarse durante el año 2019, realizaremos una evaluación semestral para valorar el impacto de las medidas aplicadas

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal de enfermería para realizar la visita de primer día tras el TAC de planificación, Técnicos superior en radioterapia para realizar el TAC, y soporte administrativo para la organización de las citas y registro de las mismas

10. OBSERVACIONES.

El número de pacientes/año es estimado, podría variar si se aumentara la dotación tecnológica prevista para este año 2019

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0866 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

2. RESPONSABLE MARIA GUALLAR LARPA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
• FRAILE RODRIGO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• GIL PARAISO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• LEACHE PUEYO JUAN JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• REBOLLEDO BERNAD LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años se ha publicado abundante literatura sobre el diagnóstico y manejo de la sordera brusca. A raíz de la publicación de un Documento de consenso en la revista de la Sociedad Española de ORL (SEORL), en 2015 elaboramos un protocolo de manejo de esta patología en el Hospital Miguel Servet. Este protocolo era necesario ya que se trata de una entidad que es una urgencia médica y cuya incidencia exacta se desconoce, cuya patogenia es teorizada, con evolución variable y multifactorial y cuyo tratamiento es controvertido. Este protocolo después se adoptó también en el Servicio de ORL del sector I (Hospitales Nuestra Señora de Gracia y Royo Villanova). Durante estos últimos 4 años hemos ido ajustando y mejorando el protocolo para adaptarlo al día a día en las consultas de ORL, sistematizando las pruebas diagnósticas, estableciendo un día específico de la semana para las revisiones de estos pacientes y elaborando una base de datos específica. A raíz de la publicación de un Consenso internacional tras el congreso mundial de París en 2017 y después una nueva Actualización del consenso sobre sordera brusca en 2018 en la revista de la SEORL, parece oportuno revisar y actualizar el protocolo actual de ambos sectores. Además, pretendemos crear una ficha de recogida de datos de cada paciente con lo que facilitar la investigación en un segundo tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El resultado que esperamos obtener es un protocolo actualizado de manejo de la sordera brusca, en sintonía con las últimas guías de manejo nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes en ambos sectores. La población diana son los pacientes afectados de sordera brusca que acuden a Urgencias o a nuestras consultas. Los servicios a los que se dirige el proyecto son los Servicios de ORL del Sector I y II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En un primer tiempo haremos una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema en los últimos 10 años, a través de los términos MESH "(acute OR sudden) hearing loss OR deafness", y revisaremos los artículos en relación al grado de evidencia de los mismos. Aunque en 2008 no había guías de práctica clínica ni consensos sobre la sordera brusca y eran escasos los estudios aleatorizados, en los últimos años se han publicado diversas guías sobre el tema, como los consensos mencionados anteriormente. Repartiremos entre los participantes del proyecto las distintas partes del mismo (diagnóstico analítico, radiológico, tratamiento médico, transtimpánico y con cámara hiperbárica) y revisaremos las novedades que pueden ser aplicables en nuestro protocolo. Se solicitará la colaboración de otros servicios implicados como Medicina Interna (sección de patología autoinmune) y el Servicio de ORL y de Medicina hiperbárica del Hospital Militar. Elaboraremos un nuevo protocolo actualizado, así como una hoja completa de recogida de datos de cada paciente y lo presentaremos a los compañeros de ambos servicios para asegurar su difusión. Como último paso, analizaremos las dificultades que surgen en su aplicación en la práctica clínica y revisaremos su nivel de aplicación en las consultas (indicador 1).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: Número de pacientes que se incluyen en el nuevo protocolo/total de pacientes con sordera brusca visto en las consultas durante los meses de Octubre de 2019 a Marzo de 2020.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En Abril de 2019 convocaremos una reunión con los participantes del proyecto para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto y repartir las tareas.
En Junio de 2019, reunión con discusión de los resultados y propuestas de modificación del protocolo actual. Creación de la ficha de recogida de datos.
En Septiembre de 2019, consenso definitivo del documento final y presentación a los miembros de ambos servicios mediante sesión clínica.
En Octubre de 2019, implementación del nuevo protocolo en la práctica cotidiana. Se comienza a usar la ficha de recogida de datos en todos los pacientes.
En Diciembre de 2019, análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
En Enero de 2020, aplicación definitiva del protocolo.
En Marzo 2020, recogida de datos de las fichas de los pacientes y evaluación del indicador principal.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0866 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

No son necesarios recursos materiales para llevar a cabo las intervenciones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1032 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• PEREZ DELGADO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• URPEGUI GARCIA ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• REBOLLEDO BERNAD LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la sección de Rinología del Servicio de ORL del HUMS., con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología rinológica:

- En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno rinológico.
 - En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.
 - En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
- Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
- Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías rinológicas, para el MAP.
- Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuándo remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
- Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
- Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un grupo de trabajo para cada patología para consensuar los diferentes protocolos.
 - Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
- . Ofertar sesiones clínicas en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de Rinología con la finalidad de:

- Tratamiento por parte del MAP de ciertas patologías rinológicas.
- Exposición de criterios y prioridades de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los responsables del proceso asistencial.
- Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
- En el mes de Diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Credibilidad y voluntad por parte de los facultativos que participen en los procesos.
- Establecer y dotar del tiempo necesario a los compañeros que se impliquen en los procesos.
- Con los recursos que cuentan los ambulatorios y el Servicio (Aulas de trabajo, ordenadores, proyector..)

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1032 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA DE TIPO RINOLÓGICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

2. RESPONSABLE PEDRO GIL PARAISO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• FRAILE RODRIGO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• LEACHE PUEYO JUAN JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• SAMPERIZ LUIS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la sección de Otorología del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología otológica:

- En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno otológico.
- En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.
- En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
 - Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
 - Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías otológicas, para el MAP.
- Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuando remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
- Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
- Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un grupo de trabajo para cada patología, para consensuar los diferentes protocolos.
- Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
- Ofertar sesiones clínicas, en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de otorología con la finalidad de :

- Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
- Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los reponsables del proceso asistencial.
- Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
- En el mes de diciembre presentación de los protocolos entre los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Credibilidad y voluntad por parte de los facultativos que participen en los procesos.
- Establecer y dotar del tiempo necesario a los compañeros que se impliquen en los procesos.
- Con los recursos que cuentan los ambulatorios y el Servicio (Aulas de trabajo, ordenadores, proyector..)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

2. RESPONSABLE MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAMPERIZ LUIS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SANCHEZ LLANOS ERNESTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Queremos mejorar la comunicación, en la actualidad bastante deficiente, entre Atención Primaria y la Sección de Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital Infantil con el fin de aportar y compartir criterios que redunde en beneficio de los niños con patología ORL:

1. Para favorecer el tratamiento de los MAP en patologías otorrinolaringológicas.
2. Para realizar un cribado eficaz de las patologías que necesitan atención rápida.
- 3.- Para facilitar la derivación de A. Primaria hacia A. Especializada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir las derivaciones innecesarias a ORL Hospital Infantil, así como decrecer la espera para atención especializada en patologías que así lo requieran.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear un grupo de trabajo para conocer las patologías más frecuentes remitidas desde Atención Primaria, realizar un algoritmo con los criterios de derivación y difundir los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Establecimiento de un protocolo simple sobre los pacientes que deben ser derivados junto con sus criterios de prioridad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones en mayo y junio para definir las patologías susceptibles.
Creación de algoritmo en septiembre-octubre.
Presentación a los compañeros en noviembre-enero.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo necesario para los compañeros que se impliquen en el tema.
Recursos del Servicio de Otorrinolaringología.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_1064 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACION A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LISBONA ALQUEZAR
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ADIEGO LEZA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• EL UALI ABEIDA MAFOUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• SANCHEZ LLANOS ERNESTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• VIVES RICOMA EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la puesta en marcha hace dos meses de la consulta de Disfagia en el hospital Miguel Servet, con la realización de la videoendoscopia de deglución (FEES), y dada la importancia clínica de esta patología y el elevado número de pacientes que la padecen (3 % población y hasta un 30% de los mayores de 65 años), es necesario delimitar y seleccionar los pacientes que deben ser enviados desde Atención Primaria, para que esta prueba tenga el máximo rendimiento sin sobrecargar dicha consulta y evitando listas de espera innecesarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Diseñar algoritmos de cribado y protocolos de derivación a ORL de la Disfagia en atención primaria. Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP. Seleccionar aquellos pacientes que cumplan los criterios establecidos en el cribado de disfagia orofaríngea para rentabilizar al máximo la prueba diagnóstica de la videoendoscopia de deglución. Prevenir las complicaciones como neumonías aspirativas y desnutrición en estos pacientes, que precisan ingreso hospitalario con alto coste sanitario e importante alteración en la calidad de vida del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear un grupo de trabajo para Consensuar los diferentes protocolos. Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros. Ofertar sesiones clínicas en los ambulatorios de Primaria, por otorrinolaringólogos a los MAP, sobre la disfagia orofaríngea.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Haber implementado el protocolo en la Sección de Cabeza y Cuello con la finalidad de: Exposición de criterios y prioridades de derivación por parte del MAP, para pacientes que presenten una clínica compatible con disfagia orofaríngea. Ayudar a la selección de pacientes por parte del MAP candidatos a la videoendoscopia de deglución.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el mes de abril definir la organización de los grupos de trabajo para establecer responsables del proceso asistencial. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre realización de protocolos por parte de los componentes del proyecto. En el mes de diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Credibilidad y voluntad por parte de los facultativos que participen en los procesos. Establecer y dotar del tiempo necesario a los compañeros que se impliquen en los procesos. Con los recursos que contamos en las Consultas del Servicio ORL del Hospital Miguel Servet (fibroscopios, ordenadores, aulas, proyectores....)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Disfagia orofaríngea (787.2, R13)
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MALTRANA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ADIEGO LEZA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
- DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
- EL UALI ABEIDA MAFHOUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
- SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
- VIVES RICOMA EMILIO. MIR. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los semiología faringo-laríngea constituye un importante criterio de derivación desde la consulta de atención primaria a la de especializada de ORL. Aunque en la mayoría de los casos se trata de patología de escasa trascendencia hay un porcentaje de casos que son la alarma para diagnosticar patología grave como el cáncer de cabeza y cuello.

Es necesario establecer una mejor comunicación entre atención primaria y la sección de cabeza y cuello del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes. Es de especial importancia destacar los síntomas que implicarían sospecha alta de patología grave para una derivación con urgencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar una serie de algoritmos de diagnóstico y tratamiento de diferentes entidades de ORL, más concretamente de patología de faringe y laringe, para atención primaria.
- Establecer unos criterios claros y concretos para decidir cuando remitir al paciente al ORL desde primaria así como la forma y prioridad de la derivación.
- Establecer un canal de comunicación rápida para diagnosticar lo más precozmente posible el cáncer de cabeza y cuello.
- Implementar un documento de información al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear grupos de trabajo para la realización de los diferentes algoritmos y protocolos de cada patología a tratar.
- Difundir los algoritmos realizados por los facultativos del grupo de trabajo y consensuarlos con el resto del servicio de ORL.
- Ofertar sesiones clínicas por parte de los otorrinolaringólogos del grupo, en los ambulatorios de Primaria, para presentar los diferentes algoritmos y mejorarlos con las aportaciones de los MAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Haber implementado al menos, dos algoritmos en la sección de cabeza y cuello con la finalidad de :

- Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
- Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el mes de abril definir la organización de los grupos de trabajo para establecer responsables del proceso asistencial. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre realización de protocolos por parte de los componentes del proyecto. En el mes de diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Credibilidad y voluntad por parte de los facultativos que participen en los procesos. Establecer y dotar del tiempo necesario a los compañeros que se impliquen en esta labor. Trabajaremos con los recursos que dispone el Servicio ORL del Hospital Miguel Servet (consultas, aulas de trabajo, ordenadores, proyectores....)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias

Proyecto: 2019_1171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_1046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ESPERANZA CASTEJON PONCE

- Profesión PEDIATRA
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- MONGE GALINDO LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- GOMEZ BARRENA VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad de difundir el registro de acontecimientos adversos en plantas de hospitalización de Pediatría para conocer los problemas de seguridad que surgen fundamentalmente con la prescripción/administración de fármacos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Durante el año 2018 se inició la difusión de un sistema de registro mediante la información a la plantilla de medicina y enfermería y la colocación de buzones en las plantas de Pediatría donde recoger las hojas de registro cumplimentadas.

En este periodo de tiempo el personal de enfermería ha cambiado en más del 50% de la plantilla y la recogida de registros se ha visto afectada por estos cambios resultando en un número escaso de problemas recogidos que no ha permitido analizarlos de forma eficaz.

Además se ha detectado una falta de cultura de seguridad que hace preciso instaurar actividades que promuevan el incremento de esta cultura

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Implicar al personal sanitario en su conjunto en la seguridad del paciente en la planta
- Tener conciencia del riesgo y rechazar la cultura de la culpa
- Promover acciones que eviten problemas futuros en el ámbito de la seguridad clínica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

METODOLOGIA

FASE 1 : Realizar sesiones bimensuales en las que se facilitará la transmisión de problemas.

Asimismo para poder mantener a todo el personal (antiguos, nuevo y suplentes) implicado en la notificación y detección de eventos adversos se difundirá y facilitará la participación del personal del servicio en los talleres de seguridad coordinados desde la Comisión de Seguridad del hospital

FASE 2 : Análisis de las notificaciones recibidas en el buzón. Se constituirá un grupo formado por un a médico, enfermero y auxiliar de enfermería. Reunión cada 3-4 meses.

En los casos de incidentes sin daño, se intentará investigar cuales han sido los motivos y las consecuencias para detectar problemas latentes fáciles de corregir.

En los casos de eventos adversos con daño al paciente el grupo deberá estar formado por personal no implicado directamente, clasificarlo en grave, moderado y severo, intentar reconocer por que se ha producido y detectar los puntos críticos.

Una vez reconocidos los puntos críticos, buscar posibles medidas correctoras

FASE 3 : Aplicación de medidas correctoras

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores:

- nº eventos notificados en relación con medicación/nº total de niños ingresados x 100 (Estándar próximo al 3%)
- nº reuniones de equipo realizadas para transmisión de problemas: 6/año
- nº reuniones para el análisis de EA realizadas por el grupo creado: 3 reuniones/año para analizar todos los EA registrados
- Proposición y aplicación de al menos una medida correctora en relación con cada problema de medicación detectado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril _ Mayo: Notificación curso de seguridad. Fecha inscripción hasta el 30 abril. Taller de seguridad mayo 2019

Septiembre: reunión de eventos sucedido durante el tiempo estival. Análisis y propuestas de medidas correctoras.

Octubre: notificación al grupo de mejora de hospitalización (médicos, enfermería, auxiliares y supervisores) de los eventos graves y medidas correctoras a implantar

Proyecto: 2019_1046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

Enero: evaluación medidas implantadas

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. UNIDAD URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECIDADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERRANO VIÑUALES ITZIAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
- PINILLOS PISON RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo: Establecer un programa estandarizado de transporte de retorno de aquellos recién nacidos cuyo domicilio familiar le corresponda un hospital de un nivel asistencial inferior, una vez se han superado los problemas que motivaron su traslado o nacimiento en un centro de tercer nivel.

Población diana: Recién nacidos que precisaron tras el nacimiento cuidados de tercer nivel y que tras superar los problemas que motivaron su ingreso en nuestro centro, puede valorarse su traslado al hospital más próximo al domicilio familiar.

Servicios a los que se dirige: Neonatología / Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).
- Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Segundo Trimestre de 2019: Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores.

Segundo Semestre de 2019: Puesta en marcha del programa. En relación con el mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas y programa Neosoft de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet):

- Indicador 1: Nº de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal en los que consta el check-list / Nº total de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal. Estándar: 90%.
- Indicador 2: Incremento del número de recién nacidos en los que se ha realizado transporte de retorno al hospital más próximo al domicilio familiar en relación al mismo periodo del año previo (2018). Estándar: > 20%.
- Indicador 3: Efecto sobre estancia media en planta de Neonatología. Estándar: <7 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores (fecha fin: junio 2019)
- Elaboración del listado de verificación (fecha fin: junio 2019).
- Puesta en marcha del Programa (julio - diciembre 2019).

9. RECURSOS NECESARIOS.

No necesario

10. OBSERVACIONES.

No

Proyecto: 2019_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ELISA CIVITANI MONZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un autocuidado las 24 horas del día. La atención al niño con diabetes persigue dos objetivos principalmente: mejorar el control glucémico y ayudar al niño y a sus cuidadores principales a convivir con la diabetes.
El número de personas con diabetes tipo 1 subsidiarias de tratamiento con bomba de insulina es cada vez mayor. En los últimos dos años se ha triplicado el número de pacientes portadores de ISCI (Infusor Subcutáneo Continuo de Insulina) en nuestra unidad. Actualmente, se realiza el seguimiento y control de más de 60 niños portadores de ISCI. Se requiere un equipo multidisciplinar y programas educativos estructurados específicos con el fin de optimizar la implementación de la terapia así como el seguimiento. Es necesario contar con un equipo especializado de profesionales en esta materia, donde la enfermera educadora en diabetes tiene un papel fundamental al ser la encargada de realizar la formación necesaria al niño y a su cuidador principal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar una educación terapéutica adecuada y eficiente a través de la enfermera educadora en diabetes adaptando los recursos que están a nuestro alcance.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes atendidos en la Unidad de Diabetes Pediátrica con criterios de terapia ISCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP).

1. Sesiones formativas: las dos primeras serán teóricas y las dos siguientes prácticas

SESIÓN 1: Control de la diabetes
SESIÓN 2: Terapia con sistema ISCI
SESIÓN 3: Manejo e implantación sistema ISCI
SESIÓN 4: Realización 1º cambio de catéter

2. Postest tras el programa educativo:

Tras la última sesión formativa se realizará el test al paciente o a su cuidador principal en función de su edad, para valorar la asimilación de conceptos.

3. Citas sucesivas: serán programadas, a demanda, telefónicas, etc... para resolver dudas y afianzar los conceptos que les permitan adquirir la autonomía necesaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante Continuidad de cuidados

Dimensión Efectividad

Tipo de indicador Proceso

Objetivo/justificación Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI

Fórmula

Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales x100

Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD

Explicación de términos Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina

Estándar 90%

Fuente de datos Corte semestral en unidad de diabetes

Población Niños con diabetes y sus cuidadores principales

Responsable de la obtención Enfermera educadora en diabetes pediátrica

Periodicidad de obtención Semestral

Observaciones Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

Proyecto: 2019_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

FASE 1 o de elaboración de:

- el contenido de las sesiones teóricas a través de un power point: abril - mayo
- el test de valoración de la asimilación de conceptos pre y post la formación: mayo
- el material de apoyo y la cartilla de seguimiento de cuidados y citas: mayo

FASE 2 o puesta en marcha de la mejora:

- realización de las sesiones formativas: junio (según se produzcan las inclusiones de niños en el programa por criterios clínicos)

FASE 3 o de evaluación de la mejora:

- evaluación de indicadores: semestral

FASE 4 o replanteamiento e introducción de otras mejoras, si procede: diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

A) Estructura física: precisará de una sala donde se llevará a cabo la consulta programada en la que se acogerá al niño con DM1 y a sus cuidadores principales para la realización de las sesiones formativas de la terapia con ISCI. Deberá tener espacio suficiente para proyectar las imágenes de apoyo de las distintas sesiones de ETD y realizar los talleres englobados en esta.

B) Recursos materiales: el mismo que en la consulta de la educadora en diabetes: material de oficina y sanitario.

C) Recursos Humanos: Las dos enfermeras educadoras en diabetes infantil.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

2. RESPONSABLE NURIA GIMENO LAGUARDIA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOPEZ MAYORAL CRISTINA. TCAE. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• PEREZ CANO NURIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• GARCIA AJA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• MUÑO LIDON SARA. TCAE. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según la OMS, la incidencia de la hipoacusia se sitúa en 5/1000 recién nacidos vivos, lo que supone que alrededor de 1890 niños al año nacen con algún grado de hipoacusia en España. El 80% de las hipoacusias infantiles son congénitas y un 20% se desarrollan en los primeros años de la vida. Pero la prevalencia de la hipoacusia permanente continúa creciendo durante la infancia y alcanza una tasa del 2,7 por mil antes de los 5 años y del 3,5 por mil en la adolescencia. La población pediátrica tratada con derivados del platino son susceptibles de generar hipoacusia secundaria a estos tratamientos por lo que son incluidos en el programa de detección precoz en nuestra consulta.

Los pacientes con hipoacusia ya conocida y estudiada precisan revisiones periódicas cada 6 meses o 1 año para vigilar cambios en los umbrales de la audición, a estos hay que añadir las revisiones de la población en riesgo y sus revisiones.

Existen demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes. En estos pacientes la consulta se reduce a la realización de la audiometría por la enfermera de la consulta, por lo que proponemos crear una agenda de enfermería exclusiva para realizar las audiometrías. En el caso de observar cambios en las pruebas, se comenta en ese momento con el ORL de la consulta, adecuándose el tiempo de la revisión sin verse alterado el tiempo de diagnóstico y el tiempo de revisión en la consulta.

De esta manera ningún niño retrasará el diagnóstico o empeoramiento de la hipoacusia por demoras ajenas al protocolo establecido. La enfermera de la consulta tiene autonomía y tiempo de consulta para poder realizar esa labor en días de actividad quirúrgica programada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El principal objetivo es mejorar el manejo de pacientes diagnosticados de hipoacusia y de la población susceptible de desarrollarla, consiguiendo disminuir la demora en las revisiones de umbrales auditivos.

Los objetivos secundarios son:

- Detectar precozmente los empeoramientos de umbrales auditivos.
- Diagnosticar nuevos casos de hipoacusia en población de riesgo (tratamiento de los derivados del platino)
- Disminuir la ansiedad de los padres con las demoras en las revisiones.
- Disminuir la lista de espera de la consulta de ORL infantil.

La población diana son los pacientes pediátricos diagnosticados de hipoacusia que siguen revisiones periódicas en ORL INFANTIL y los pacientes pediátricos expuestos a tratamiento de derivados del platino. El resultado esperado es que todos los pacientes sigan las revisiones en los plazos previstos.

Intervenciones realizadas:

- Audiometrías tonales y verbales.
- Revisión médica sistemática de pacientes de hipoacusia cada 6 meses o un año según protocolo.
- Hoja de consulta de pacientes en tratamiento de derivados del platino.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actualmente enfermería aún teniendo actividad independiente de la médica, se realizan interconexiónada con los pacientes citados en la consulta médica. Los cambios previstos en la oferta de servicios de enfermería es generar la agenda de estos niños independiente de la consulta médica de manera que se respeten los plazos previstos y en caso de detección de cambios en la prueba diagnóstica avisar al ORL para revisarlos en la consulta médica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES

Nº de niños a los que se les realiza la audiometría en los plazos previstos (6 meses o un año) en la consulta de enfermería entre todos los pacientes diagnosticados de hipoacusia. Margen de citaciones + - 1 mes.

Nº de casos nuevos de hipoacusia detectados en pacientes expuestos a tratamiento de derivados del platino entre todos los pacientes tratados con derivados del platino.

Nº de complicaciones detectadas en la consulta de enfermería de pacientes ya diagnosticados de hipoacusia entre la suma de pacientes ya diagnosticados y otros con riesgo de padecerla.

La fuente de datos será una revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

Proyecto: 2019_1384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

ESTANDAR

100% de los niños derivados de la consulta de oncopediatria
80% de los niños ya diagnosticados de hipoacusia
90% de complicaciones detectadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de proyecto el 1/5/19 con duración indefinida tras una evaluación positiva del proyecto. Los responsables de la implantación son la enfermera, TCAE de la unidad. Captarán y citarán al paciente al niño en las consultas médica y enfermera, esta última será en la que evaluaremos el tiempo de cumplimiento.
Definir los pacientes candidatos para la revisión en la Consulta de enfermería de audiometrías. Realizar una hoja de derivación específica y crear una agenda específica en Citaciones (IDUE) para citarlos. Aprendizaje básico de otoscopia de la enfermera a cargo del ORL. Definir los criterios de alarma ante los resultados de la audiometría.
6/2019: Puesta en marcha de la consulta.
11/2019: Evaluación preliminar y corrección de problemas.
4/2020: Evaluación de indicadores descritos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Coste cero, el recurso de la enfermera los días que hay actividad quirúrgica programada.
Cabina con audiómetro que se encuentran en la consulta 9 del HMI.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_1422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CORONA BELLOSTAS CAROLINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
• GAITE VILLAGRA ANTONIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
• GIMENO LAGUARDIA NURIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
• MUÑO LIDON SARA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
• GARCIA AJA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
• PEREZ CANO NURIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
• SORIANO GRANEL REBECA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.
Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.
Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada, no existe un orden de revisión sistemática por parte del servicio de manera que actualmente sólo se realiza por 2 personas.
Existe una demanda explícita por otros profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.
Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos que queremos llevar a cabo van a dirigidos tanto a población adulta como a población pediátrica susceptible de sufrir PCR.

OBJETIVOS Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS

- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización
- Estrategias de optimización:
- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA Y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Intervenciones realizadas:

- Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a dos TCAE para el conocimiento de todo los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.
- Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal
- Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA
- Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES

Dos encuestas de 10 preguntas tipo test pre y post formación

ESTANDAR

90% plantilla de trabajo es conocedora De la organización básica del carro parada
80% plantilla tiene claro como iniciar RCP BASICA
100% plantilla conoce circuito HI PCR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto mayo 2019 y paso de la primera encuesta pre formación.
Primera evaluación noviembre 2019, con la plantilla ya formada y entrenada.
Evaluación de la totalidad del personal en marzo 2020.
Valoración de nuevo ciclo formativo, o revisión sistemática según indicadores en marzo de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Coste cero, recursos el carro de paradas ajustado a necesidades con materiales codificados en el hospital.

Proyecto: 2019_1422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Formación intraturno por los propios compañeros.

10. OBSERVACIONES.
Actualmente solicitado DEA en plan de necesidades

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO ATENCION ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO RUBIO ABELLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIVITANI MONZON ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA
· MONGE FERRER ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes mellitus constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia, la morbi-mortalidad asociada y los altos costes derivados de ella. Es un importante problema de Salud Pública que se prevé vaya en aumento en los próximos años, en nuestra unidad atendemos anualmente una media de 30 casos nuevos. Esta situación demanda nuevos modelos de atención a la cronicidad, requiere diagnósticos cada vez más precoces, atención continuada, educación terapéutica para su autogestión, prevención de complicaciones agudas y crónicas asociadas.

Un mejor grado de asistencia sanitaria no aumenta el costo, ya que con un nivel adecuado de educación se consiguen pacientes con una evolución más estable y menores complicaciones.

La atención clínica de la diabetes, debe seguir unos criterios costo-efectivos, para ello es necesario implantar y adaptar la gestión del proceso de atención a la diabetes quedando claras las competencias de cada profesional. Hay que favorecer la organización de un modelo de cuidados compartidos con una visión integradora de niveles y recursos, dando continuidad asistencial y estableciendo protocolos de actuación. Debido a los numerosos cambios que se producen entre el personal de enfermería, y las consecuencias que tiene sobre la atención a los niños con diabetes, es necesario difundir lo máximo posible este protocolo para unificar pautas de actuación. El propósito de este protocolo es garantizar que todos los pacientes tengan acceso en las mismas condiciones a las actuaciones y procedimientos para la mejora de su salud y calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este protocolo pretende ser un instrumento para consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes tipo 1 pediátricos y sus familias, disminuyendo la variabilidad en su atención integral y basado en la evidencia científica más actual

Población diana:

Personal sanitario de enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería que atienden a niños con diabetes tipo 1 hospitalizados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difusión del protocolo mediante sesión formativa presencial al personal de enfermería y TCAE.

En dicha sesión presentada por las enfermeras educadoras de la Unidad de diabetes pediátrica, se dará a conocer los procedimientos necesarios durante la hospitalización del niño con diabetes tipo 1:

-somatometría, pruebas complementarias, controles de glucemia, administración de insulinas y alimentos permitidos en raciones medidas

Se realizará una sesión formativa de unos 45 minutos de duración dirigida a las enfermeras y TCAE de la Unidad de Cuidados Pediátricos B, abierto a personal interesado de otras unidades.

Se realizará otra sesión formativa de unos 45 minutos de duración previo al periodo estival, dirigido especialmente al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A y de nueva incorporación.

Posteriormente a su difusión, se dejará copia en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos B/nº enfermeras y TCAE de la unidad
x100	80%		
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A previo al periodo estival/nº enfermeras y TCAE de la unidad
x100	75%		
-Constatar la existencia del protocolo en el control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B			
Revisar la existencia del protocolo en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B			SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración del protocolo durante 2018.

Proyecto: 2019_1431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO ATENCION ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

Realización de las sesiones formativas durante 2019, una antes del periodo estival
Revisión de los indicadores: diciembre de 2019, y reformulación de los objetivos e indicadores si precisa

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Humanos: dos enfermeras educadoras en diabetes pediátrica con los conocimientos necesarios
Recursos Materiales : salón de actos con ordenador y cañón/proyector para la presentación en power point del protocolo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA DISMINUIR LA INFECCION NOSOCOMIAL

2. RESPONSABLE IRENE GIL HERNANDEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• SORRIBES I ESTORCH JORDI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• LOPEZ MOROS CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• FUERTES ARAGÜES ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología infecciosa es frecuente como motivo de ingreso y causa de complicación (infección nosocomial) en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). La continuidad del proyecto presentado en 2018, optimizando las medidas ya iniciadas y añadiendo otras nuevas, es fundamental para el control de dicho problema. La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz es clave para conseguir un tratamiento efectivo. Hemos de enfrentarnos a dos problemas fundamentales que aumentan la mortalidad en la UCIP. Por un lado las infecciones nosocomiales asociadas al uso de dispositivos invasivos, y por otro la resistencia a antibióticos cada vez más extendida. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Medicina Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas mediante: retirada precoz de dispositivos invasivos en cuanto no sean necesarios, aplicación estricta de medidas de asepsia, lavado de manos y manipulación de dispositivos, optimización de la recogida y análisis de muestras que asegure la adecuación de antibioterapia empírica y la rápida desescalada para restringir el espectro y la generación de resistencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Objetivo principal:
 - Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico, recortando el espectro antibiótico y su duración.
- Objetivos secundarios:
 - Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
 - Implementar el Gram en orinas; realizando antibiograma directo cuando esté indicado.
 - Disminuir la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.
 - Disminuir la tasa de infección nosocomial en la unidad, ajustando el tiempo de uso de los dispositivos invasivos (intubación endotraqueal, sonda vesical, catéteres vasculares).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Multidisciplinar:
 - Elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento de infecciones en la UCIP.
 - Contacto telefónico UCIP-Microbiología diario para establecer antibioterapia empírica óptima en base a los frotis epidemiológicos y ajustar la antibioterapia.
- Servicio Microbiología:
 - Formación a enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas.
 - Estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados.
 - Antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra.
 - Vigilancia de gérmenes multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico con cultivo de frotis de control semanales.
 - Información del momento de crecimiento en hemocultivo central/periférico en casos de sospecha de bacteriemia-sepsis relacionada con catéter venoso central.
- Servicio UCIP:
 - Solicitud de las muestras adecuadas por parte del personal médico de UCIP.
 - Ajuste de antibioterapia según resultados microbiológicos: minimizar duración y reducir espectro. Contacto telefónico con Microbiología.
 - Registro diario de la fecha de colocación y retirada de dispositivos invasivos. Evaluación constante de su posible retirada en el momento que no sean necesarios.
- Servicio Medicina Preventiva:
 - Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de historias en las que conste la comunicación con el servicio de microbiología/ total de pacientes con tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro.
2. Número de enfermeras de UCI Pediátrica que han recibido la formación para la recogida de hemocultivo/ total

Proyecto: 2019_1484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA DISMINUIR LA INFECCION NOSOCOMIAL

de enfermeras que forman parte de la plantilla de UCI Pediátrica.

3. Número de historias en las que consta recogida de hemocultivo periférico y de catéter central/ total de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter.
4. Número de hemocultivos contaminados/ total de hemocultivos extraídos.
5. Número de muestras de orina en las que se hace Gram y antibiograma directo/ Total de pacientes estudio microbiológico urgente de orina.
6. Número de muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes
7. Número de historias en las que consta cambio o ajuste de antibioterapia según antibiograma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Todo el año: formación:
 - o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de Microbiología a enfermería de UCIP. Un taller cada 3 meses o si se detectan incidencias, que se impartirán de forma práctica en UCIP.
 - o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión: taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio 2019-Enero 2020: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Febrero-Marzo 2020: Primera evaluación de cumplimiento.
- Marzo 2020: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA PEDIÁTRICA CRÍTICA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0744 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

2. RESPONSABLE PAULA GARCES FUERTES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AISA ALASTUEY CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- CAMPO SANZ MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- EZPELETA ASCASO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- LATORRE MOSTEO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- TERREN MARCO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Determinar las condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto y adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a riesgos específicos es uno de los objetivos del artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, así como del RD 664/1997. En la última revisión de la "Guía de Ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo" se ha contemplado el riesgo biológico frente a parvovirus B19 y citomegalovirus en determinadas trabajadoras de centros sanitarios, por ello se hace necesario conocer la situación actual de embarazadas en el Sector Zaragoza II (según aquellos servicios considerados de riesgo) y, ante la existencia de riesgo laboral por serología negativa a dichos agentes biológicos, éste se elimine en el menor tiempo posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Conocer la proporción de trabajadoras embarazadas que desarrollen su actividad en servicios de riesgo: Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Trasplantes y UCI.
- Estimar la prevalencia de serología negativa a parvovirus B19 y/o citomegalovirus en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo y, conocer cuántas son cambiadas de puesto de trabajo por dicho motivo.
- Determinar tiempos de detección y notificación del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus por evidencia de serología negativa en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Ampliación de registro de variables en la base de datos de embarazadas.
- Citación preferente (<=5 hábiles) a embarazadas desde el conocimiento de demanda por motivo de embarazo.
- Valoración del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus según el puesto de trabajo y, si procede, extracción de serología en primera consulta sanitaria. Registro del resultado de serología: negativo / positivo.
- Notificación temprana a dirección correspondiente (<=48 horas hábiles) cuando se determine existencia de riesgo por serología negativa a dichos agentes biológicos y registro.
- Registro de resolución del proceso: Cambio de puesto / Derivación a mutua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realización de proporciones y prevalencias de la situación actual; (SI / NO); 100%
- Porcentaje de registros completados sobre resultados de serologías y del proceso; (nº registros completados / total embarazadas en servicios de riesgo*100); >=95%
- Porcentaje de embarazadas que trabajan en servicios de riesgo con citación <= 5 días; (nº embarazadas con citación <=5 días / total embarazadas en servicio de riesgo*100); >=90%
- Porcentaje de notificaciones a dirección correspondiente en <= 48 horas hábiles por riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus; (nº notificaciones en <= 48 horas hábiles / total embarazadas con serología negativa*100); >=90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reunión del equipo multidisciplinar sobre seguimiento y registro: marzo 2019.

Proyecto: 2019_0744 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

- Ampliación de registros en base de datos de embarazadas: marzo 2019
- Fecha de comienzo recogida de datos: 1 abril 2019.
- Fecha de finalización del proyecto: 31 diciembre 2019.
- Análisis y evaluación de los resultados: Enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0925 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

2. RESPONSABLE SANDRA DUEÑAS JOLLARD

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AISA ALASTUEY CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- EZPELETA ASCASO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- LATORRE MOSTEO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- GARCES FUERTES PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- TERREN MARZO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la detección de déficit de vitamina D en analíticas pedidas de forma selectiva a trabajadores con alguna sintomatología con posible relación con el déficit de vitamina D y mejoría tras medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico, se hace extensivo a todos los adultos mayores de 45 años para la prevención de dicho déficit y mejorar su estado de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detectar déficit de vitamina D no conocidos

Tratar los déficits encontrados

Mejorar la sintomatología producida por el déficit de vitamina D: dolores osteomusculares y cansancio.

Prevenir las consecuencias a largo plazo del déficit de vitamina D: osteoporosis y fracturas óseas

POBLACIÓN DIANA: trabajadores de más de 45 años que acuden a reconocimiento médico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar cuestionario de indicadores de deficiencia de vitamina D

Añadir en las peticiones de las analíticas solicitadas en los reconocimientos médicos la vitamina D

Proponer medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico según resultado de la analítica. Según la OMS los valores inferiores a 50 nmol/L (20ng/ml) los considera Hipovitaminosis.

Registro de variables en la base de datos de reconocimientos médicos

Control analítico a los 4 meses del inicio del tratamiento y valorar resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de trabajadores mayores de 45 años a los que se solicita vitamina D/Número de trabajadores mayores de 45 años que pasan reconocimientos médicos.

Resultados = 90%

Número de trabajadores con déficit de vita D/ Número de trabajadores que se realizan la 1 era analítica

Número de trabajadores que mejoran sus niveles de vitamina D con tratamiento/ número de trabajadores que se les proporcione tratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de inclusión de petición de vitamina D en las analíticas de los reconocimientos médicos a partir del 1 de abril hasta 31 de julio.

Citación para resultados de 2 º analítica tras 4 meses de inicio de tratamiento.

Análisis y evaluación de los resultados enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Analítica y tratamiento

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0588 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS USM

2. RESPONSABLE CRISTINA SOLER GONZALEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GRACIA GARCIA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• SIMAL GALINDO TATIANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• ORCAJO VILLAPUN DAVID. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• PAREDES CARREÑO PAMELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
• NAVAS FERRER CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Aunque los estudios sobre EA se han centrado habitualmente en la atención hospitalaria, cada día es mayor el interés de los profesionales y las organizaciones sanitarias por estudiar la magnitud de los EA en el ámbito ambulatorio.

La prevención de EA en el ámbito ambulatorio debe ser una prioridad, dado que el 70% de los EA que acontecen en este nivel de atención son evitables.

La magnitud del problema es difícil de cuantificar, pero es necesario incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional.

Pero los pacientes son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Implementar mecanismos eficaces para notificarlos si éstos sucediesen. Se actuará en todos los pacientes, de todas las edades.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las Unidades de Salud Mental (USM/USMIJ) de Psiquiatría Sector II.

Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.

Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS.

Análisis del impacto del programa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las USM de Psiquiatría:

1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable)

2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo)

3. Registro de incidencias por el personal de las USM.

4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.:

5. Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS:

6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa:

7. Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería de las USM, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria.

Proyecto: 2019_0588 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS USM

8- Establecer acciones de mejora para 2020.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión de Calidad el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Potenciación de sistemas de notificación online, con el uso de nuevas tecnologías
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- MARZO-JUNIO 2019: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"
- JULIO-NOVIEMBRE 2019: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2019: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0589 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y DIFUSION DE PAGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PASCUAL OLIVER MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SOLER GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CADEVILLA SOLER CLARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· BUENO NOTIVOL JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· QUIJADA RUIZ LAURA. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la era digital, el Servicio de Psiquiatría del Sector II, no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y usuarios del Sector. Son numerosos los Servicios que ya cuentan con este tipo de enlace en la Intranet del Sector II.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Es importante adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales por lo que nuestro objetivo es dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Nuestro objetivo es la creación de un sitio web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, integrado en la página de intranet del Sector II y dirigido a los ciudadanos.

La creación de una página web permitiría al Servicio de psiquiatría exponer la información tanto de los integrantes como de los servicios que ofrece a la comunidad, permitiendo una transparencia en el trabajo realizado y reflejando la imagen, los objetivos y metas del Servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Identificar a una persona responsable del Servicio de Psiquiatría para gestionar la información que se ofrecerá sobre el mismo.

Crear los contenidos y facilitarlos al Servicio de informática para incluirlo en la Intranet del Sector.

Reevaluar los resultados y valorar modificar contenidos según cambios estructurales.

MÉTODO

- Definición de la estructura del sitio web y diseño.

- Generación de los contenidos. Diseñar los contenidos mínimos necesarios para dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

- Definición de responsables para su mantenimiento. Actualización del personal adscrito y de las novedades del Servicio.

- Definición de responsables de contenidos, buscando facilidad en la navegación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Puesta en marcha del sitio web (si/no)

- Incluirla en la página de intranet del Sector II (si/no)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- FEBRERO 2019- DICIEMBRE 2019 creación de los contenidos y estructura del página web. Actualización según novedades y cambios estructurales.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del Servicio de Informática para incluirla en la intranet del Sector II.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0596 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

2. RESPONSABLE PATRICIA GRACIA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORBERA ALMAJANO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- PEREZ POZA ALFONSO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- PEREZ PAMAN CAMINO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- ALDA DIEZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- PAREDES CARREÑO PAMELA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- BUENO NOTIVOL JUAN. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los fármacos antipsicóticos (AP) son los más utilizados para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia (SPCD), tal como los delirios, la agitación y la agresividad. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento AP durante un tiempo prolongado, y con frecuencia se usan combinaciones de varios AP en un mismo paciente. Estos fármacos tienen efectos adversos y riesgos significativos, a los que los ancianos son especialmente vulnerables. Por otro lado, en muchas ocasiones se utilizan 'fuera de indicación'. Por tanto, el tratamiento con AP en los pacientes con demencia exige una protocolización específica que permita hacer un uso racional de los mismos.

Una de las conclusiones del Programa de Calidad titulado: EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP), incluido en los Acuerdos de Gestión Clínica 2018 (0189/2018), fue la necesidad y la demanda por parte de los Médicos de AP de formación en relación al abordaje de los SPCD y el uso de AP en el anciano (84% y 88.5% de los facultativos encuestados, respectivamente).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1) Definir criterios de uso racional de AP en los pacientes con demencia.
- 2) Divulgación de criterios a todos los Facultativos del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
- 3) Divulgación de criterios en algunos Centros de Atención Primaria del sector II, como experiencia piloto.
- 4) Evaluar utilidad percibida de las sesiones formativas entre los profesionales implicados y, eventualmente, aspectos a mejorar en las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaboración de material formativo basado en Guías de Práctica Clínica y Guías de Consenso de Expertos sobre el uso de AP en pacientes con demencia.
2. Revisión del material por el Grupo de Trabajo de Uso Racional de Medicamento en el Paciente Crónico Complejo con demencia, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos en el abordaje del paciente con demencia pertenecientes al sector II de Zaragoza, y por la Comisión de URM del Hospital Miguel Servet.
3. Divulgación del material formativo entre los profesionales del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
4. Sesiones formativas en Centros de Atención Primaria del ámbito de USM Rebolera y USM Casablanca.
5. Encuesta de evaluación de las sesiones formativas, para evaluar la utilidad percibida para su práctica diaria por parte de los profesionales asistentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. SI/NO (estándar: SI)
2. SI/NO (estándar: SI)
3. Número de sesiones formativas dirigidas a profesionales del Servicio de del HUMS (estándar: 1); registro cualitativo de otras medidas de divulgación del material en este ámbito.
4. Número de sesiones formativas dirigidas a facultativos de AP del ámbito de USM Rebolera y Casablanca (estándar: 4)
5. Porcentaje de profesionales que valoran utilidad las sesiones formativas (estándar: >50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Marzo-Abril 2019
2. Abril-Mayo 2019
3. Mayo-Junio 2019
4. Septiembre 2019- Febrero 2020
5. Septiembre 2019- Febrero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

N/A

Proyecto: 2019_0596 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0960 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

2. RESPONSABLE DAVID ORCAJO VILLAPUN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- ASENSIO MANERO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- TORES PACHECO JUAN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- SANCHEZ MENA MARTA. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- AZNAR LAPUENTE MIRIAM. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- DOMPER TORNIL JAIME. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las personas que sufren trastornos mentales graves en muchas ocasiones presentan un deterioro de la salud física que supone un factor añadido a la enfermedad. Esto suele estar asociado a hábitos de vida poco saludables y desorganizados, como una mala alimentación, vida sedentaria, ritmo de sueño cambiado, consumo de tabaco y otros tóxicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

mejorar la calidad de vida del paciente
prevenir enfermedades cardiovasculares
aumentar el conocimiento y promover hábitos de vida saludables

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Buscar información sobre grupos psicoeducativos en pacientes con enfermedad mental
Informar al personal de los csm del proyecto
Evaluación de la participación en el proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recogida de información del desarrollo del proyecto e incidencias
Continuidad de asistencia de usuarios a los grupos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo- Junio: Divulgar e informar del proyecto de mejora de calidad
Julio-Noviembre: Desarrollo del grupo psicoeducativo
Diciembre: Evaluación de la participación de personas en los grupos e incidencias.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO ACTUACION GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ POZA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE JUAN YOLANDA. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- SANTA EULALIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- MOTA RIVAS MARTA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- SALVADOR COSCUJUELA SONIA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
- PASCUAL OLIVER MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde la apertura de hospital de día de psiquiatría del HUMS hemos sido conscientes de la importancia de la familia en el proceso de recuperación de los usuarios de nuestro dispositivo. Nos planteamos desde 2018 la necesidad de continuar nuestro proyecto de realizar una protocolización de los aspectos fundamentales del programa terapéutico de hospital de día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar estudio del proceso de terapia grupal desde un enfoque multidisciplinar. Elaborar un protocolo de dicho proceso para contribuir de esta forma a la mejora de calidad de nuestro programa de tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El objetivo de la protocolización del programa de terapia multifamiliar es conseguir una mayor eficacia y eficiencia, para ello plasmaremos el trabajo que realiza cada profesional y realizaremos una revisión bibliográfica exhaustiva, y finalizaremos haciendo el protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Realizar este año el primer análisis del proceso terapéutico.
2. Contrastar el primer análisis con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de psiquiatría.
6. ¿ Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrasta con los usuarios del programa
8. Se finaliza el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Búsqueda de bibliografía (finalización en mayo)
2. Evaluación externa (junio y julio)
3. Correcciones y valoración del grupo de calidad (agosto y septiembre)
4. Introducir cambios de mejora y contar con usuarios (octubre)
5. Ver resultados y concreción del protocolo (noviembre y diciembre)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: participación del equipo de psiquiatría

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE MANUEL CORBERA ALMAJANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ MAISO ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROMANCE ALADREN MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· IDINI ESTER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ASENSIO MANERO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CADEVILLA SOLER CLARA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La contención mecánica es la inmovilización física, realizada por personal sanitario entrenado y con el equipamiento autorizado, destinada a limitar de forma segura los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente para su control conductual y prevenir que se dañe a sí mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico. Sólo debe utilizarse cuando otras intervenciones (contención oral, etc.) no han resultado efectivas o es imposible iniciarlas, durante el tiempo mínimo necesario para cada situación, con un sistema de registro específico para la prescripción, seguimiento y reevaluación del estado del paciente. En cualquier unidad psiquiátrica es un procedimiento necesario en ocasiones. Conlleva especial importancia al limitar la libertad del paciente, por lo que es necesario preservar sus derechos y evitar potenciales abusos. Conlleva frecuentemente el posterior rechazo del paciente por lo traumático de la experiencia y produce malestar emocional al personal sanitario implicado. Los datos disponibles sugieren su uso en un 6-12% de pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, aproximadamente en el 30% de pacientes psiquiátricos atendidos en Urgencias y en más del 25% de hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes. Tienen a disminuir tanto el número de sujeciones por paciente como la duración de las mismas, pero aún encontramos gran variabilidad en ambos parámetros. Por ello, consideramos necesarios programas de formación y sensibilización de los profesionales que trabajamos en estas situaciones de manera que minimicemos su uso y el impacto en el paciente cuando sea inevitable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones.

Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía.

Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas.

Analizar el impacto del programa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

I. Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS:

- Información y divulgación de la línea (Responsable)

- Elaboración de hoja de registro del episodio para recoger información sobre la secuencia de acontecimientos en cada caso (reunión del grupo)

II. Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones:

- Valorar hojas de registro e identificar factores modificables (reunión del grupo)

III. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía:

- Elaborar documento guía sobre factores modificables detectados y cómo modificarlos

IV. Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas:

- Realización de sesiones clínicas explicativas.

V. Analizar el impacto del programa

- Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se evaluará, como indicador global para medir el estado de desarrollo de la línea, el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >75%:

- Evaluación de la situación actual (sí/no)

- Registro y análisis de las contenciones acaecidas durante 6 meses (=75%).

- Reuniones para análisis de factores modificables y propuesta de alternativas (1/mes)

- Reuniones para elaboración de documento guía (sí/no)

Proyecto: 2019_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- Sesiones de divulgación de la información (=2).
- Análisis posterior del impacto, con disminución de contenciones mecánicas =50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL-OCTUBRE 2019: Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS.

NOVIEMBRE 2019-ENERO 2020: Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía.

FEBRERO 2020: Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas.

MARZO-JUNIO 2020: Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se prevé otros recursos que los disponibles.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1434 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE CAMINO PEREZ PEMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERDUN PE RUTH. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· IDINI ESTER. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· ALAYETO ADIEGO PATRICIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· DIAZ GIL-CASTANEDA CARMEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· ROMANCE ALADREN MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Diciembre de 2018 se abrió una nueva UCE en el Hospital Miguel Servet (HUMS) con 30 camas para usuarios derivados desde Unidades de Salud Mental, Sº de Urgencias y Sº de Psicopatología del hospital. El personal consta de 6 psiquiatras, 16 enfermeras especialistas en salud mental, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social, auxiliares de enfermería y celadores. Son sus objetivos: tratar descompensaciones psicopatológicas no tratables ambulatoriamente; riesgo auto/heterolítico; orientación diagnóstica; favorecer la reincorporación temprana a la sociedad. Cuenta con equipo multidisciplinar que asegura cuidados 24 horas al día. Una nueva Unidad, con distintas prestaciones e instalaciones y cambios en plantilla, requiere unificar criterios entre profesionales e implementar cambios para mejor funcionamiento y calidad en la asistencia sociosanitaria. Un ingreso en UCE suele ser traumático y estresante: se suman las consecuencias de la enfermedad a los efectos de la estigmatización. El usuario debe adaptarse a un espacio cerrado, con normas nuevas y personas desconocidas, estando su capacidad de adaptación superada por su situación de crisis. La UCE tiene función terapéutica en sí misma: hay estudios que relacionan el ambiente terapéutico con la reducción de conductas agresivas y medidas coercitivas. Planteamos evaluar el ambiente terapéutico en la UCE para diagnosticar problemas, identificar áreas de intervención para mejorar desde la perspectiva del usuario y del profesional y analizar después el impacto de los cambios evaluando si han sido efectivos para mejorar el ambiente terapéutico y disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media hospitalaria. Para analizar el ambiente, se valorarán dimensiones de la escala WAS: Relacionales (Implicación, Apoyo, Espontaneidad) De crecimiento personal (Autonomía, Orientación práctica, Orientación de problemas personales, Ira y agresión) De mantenimiento del sistema (Orden y Organización, Claridad del programa, Control del personal) Pretendemos impacto a nivel sociosanitario pertinente y viable (sin coste económico), recogiendo datos con escala de evaluación breve y reuniones de equipo para implementar objetivos de mejora continua

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evaluar ambiente terapéutico actual en la nueva UCE-HUMS e identificar áreas de mejora
Mejorar dicho ambiente mediante proceso planificado de evaluación y cambio que mejore el funcionamiento y calidad asistencial, así como un entorno de trabajo favorable para el equipo
Evaluar consecuencias positivas (disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas, altas voluntarias y estancia media hospitalaria)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica
Escala WAS (Ward Atmosphere Scale) a usuarios y profesionales, tras explicar el proyecto y firmar consentimiento informado, garantizando anonimato
Analizar resultados iniciales e identificar áreas de mejora
Elaborar estrategias de mejorar de necesidades: reuniones de equipo mensuales, con objetivos a corto-medio plazo
Implementar estrategias definidas
Reevaluar WAS. Analizar resultados de reevaluación y comparar con iniciales
Evaluar consecuencias positivas de mejoras en ambiente terapéutico: disminución contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media
Extraer conclusiones sobre posibles mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos
Plan de difusión
Actividades formativas: asambleas equipo-usuarios, reuniones de equipo, sesiones clínicas y participación en jornadas
Carteles o trípticos informativos
Comunicaciones orales y pósters en congresos sobre UCEs y artículos en revistas científicas
Divulgar a profesionales de todas las USM de Aragón y otras CCAA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para analizar el impacto, se recogerán indicadores de calidad antes y después de la aplicación de mejoras:
1. Aumento en 15% la satisfacción sobre la percepción del ambiente terapéutico de la población de estudio, medida mediante encuesta WAS
2. Reducción 10% tiempo de ingreso
3. Reducción 15% contenciones mecánicas durante el ingreso

Proyecto: 2019_1434 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

4. Reducción 15% nº de conductas disruptivas, recogidas por el personal sanitario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se prevé duración anual. Tareas realizadas por todo el equipo

1. Revisión bibliográfica: Mar-Abr 2019

2. Aplicar Escala WAS: Abr-Jun 2019

3. Analizar resultados iniciales escala: May 2019

4. Implementar cambios según resultados: desde Jul 2019

5. Recogida indicadores estudio: Abr 2019-Feb 2020

6. Reevaluación con escala WAS: Nov-Dic 2019

7. Analizar impacto programa: Dic 2019-Ene 2020

8. Extraer conclusiones de mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos: Feb 2020

9. Plan difusión resultados: Mar-Jun 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se prevé coste económico: recogida de datos mediante escalas validadas y registros realizados por equipo investigador. Asambleas y reuniones de equipo para implementar objetivos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

2. RESPONSABLE ESTEBAN MAYAYO SINUES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La artrografía por RM (artroRM) de cadera es la modalidad radiológica de elección en la planificación preoperatoria de la patología intraarticular de la cadera. La distensión de la cápsula articular con el medio de contraste permite valorar mejor las estructuras articulares, como el cartilago articular, el labrum acetabular y el ligamento redondo. En planes de mejora previos hemos utilizado la artroTC como complemento de la artroRM así como la artroRM con tracción para valorar mejor la presencia y extensión de lesiones condrales tanto del acetábulo como de la cabeza femoral, lesiones que pueden modificar el abordaje terapéutico. Una de las ventajas adicionales de la artroTC, además de su superior resolución frente a la artroRM para valorar las lesiones condrales, es que la tecnología multidetector disponible permite obtener un volumen de datos para realizar reconstrucciones con la misma resolución espacial que la obtenida en el plano de adquisición. El reformateo radial permite valorar la morfología de la unión cabeza-cuello femoral en los 360° de su circunferencia. De esta forma es posible identificar deformidades de tipo cam que pueden pasar desapercibidas en los planos habituales y que son subsidiarias de la realización de osteocondroplasia correctora, como ocurre en la región anterosuperior (entre las 3 y las 12 horas). Las secuencias habituales de RM y las reconstrucciones de la TC en los planos axial oblicuo y coronal únicamente nos permiten valorar la morfología anterior (3 horas) y superior (12 horas), respectivamente. Por otro lado, las proyecciones radiográficas axiales con frecuencia no permiten valorar bien esta morfología por la superposición del trocánter mayor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la utilidad de la artro-RM de cadera de cara a caracterizar mejor la deformidad de tipo cam, incluyendo la valoración de la región anterosuperior, oculta en las reconstrucciones y planos convencionales. De esta forma se podrá planificar mejor el procedimiento terapéutico de las artroscopias de cadera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Administración por guía fluoroscópica de medio de contraste, con dosificación para la realización simultánea de artroTC y artroRM.

Se realizará reformateo radial en estación de trabajo GE de nuestro servicio, con planos radiales orientados alrededor de la porción central de la unión cabeza-cuello femoral, con imágenes cada 20°.

Se valorará la deformidad de tipo cam mediante cuantificación del ángulo alfa en el plano correspondiente a la superficie anterior (valor de más de 50° a las 3 horas) así como valoración subjetiva de la existencia o no de deformidad entre las 3 y las 12 horas.

Se cuantificará la extensión de la deformidad según intervalos horarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de artroTC simultánea como parte del procedimiento técnico de realización de artroRM (estándar 90%).

Descripción en informe radiológico de la existencia de deformidad de tipo cam y su extensión (estándar 100%).

Análisis observacional en cuanto a la identificación de la deformidad mediante los planos y reconstrucciones habituales de RM y TC frente a la reconstrucción radial por TC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión resultados (análisis observacional y evaluación indicadores) a los 6 meses.

Análisis final de resultados al año o ampliable según fecha concreta de revisión final del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Esta actividad complementa a otra del año 2018 respecto del uso de tracción en artroRM. No pude enviar la memoria de dicha actividad al no recibir correo electrónico y a pesar de haber intentado ponerme en contacto con ustedes a través de la dirección de correo electrónico de calidad en salud (la misma dirección de las comunicaciones de otro año)(mail del 28 de Febrero). Mi correo en el que consultaba como poder enviar los resultados no fue respondido. La única comunicación con ustedes fue a través de un correo que ustedes me enviaron el pasado mes de Diciembre, recordando la necesidad de enviar las memorias en los próximos meses, pero en que no había todavía un link para poder enviar la memoria de actividades. Desde entonces he estado esperando nuevo correo por su parte para poder enviar la memoria. Dicha actividad, con la recogida de datos, está finalizada desde hace meses. Por favor, ruego contacto con ustedes al respecto. Temo que el trabajo invertido no haya servido de nada.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE

2. RESPONSABLE CELIA BERNAL LAFUENTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
• GALLARDO LOBO RODRIGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• BARRERA ROJAS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIROGIA
• OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
• RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
• LEACHE PUEYO JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
• MAESTRO PEÑA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Antes del 2017 la tendencia era no realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes con dispositivos implantables (DI) como marcapasos, desfibriladores, implantes cocleares, bombas de infusión intratecal, neuroestimuladores... por el riesgo asociado al someter estos dispositivos a un campo magnético intenso y radiofrecuencia. Sin embargo, en 2017 formamos un equipo multidisciplinar integrado por Facultativos Especialistas de Cardiología, Neurocirugía, Anestesia, Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico, y un miembro de enfermería de Radiodiagnóstico, para la realización de estudios de RM con seguridad. Nos proponemos ampliar el alcance del proyecto al médico peticionario, para evitar el retraso diagnóstico en estos pacientes, a los que se suma el ya existente de la lista de espera. Si es el propio médico peticionario el que realiza la interconsulta se pueden evitar estos retrasos diagnósticos y mejorar la seguridad y atención del paciente con DI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Hacer posible que todos los Facultativos del Hospital, puedan acceder a la información de seguridad de los DI para hacer correctamente la solicitud de RM. Dicha información se elaborará por los facultativos responsables de los dispositivos, y se podrá visualizar en la Intranet del Hospital desde cualquier consulta. El médico peticionario podrá realizar la interconsulta con el facultativo responsable del dispositivo, gracias al formulario de interconsulta que estará disponible en HPDoctor y en Intranet. De esta forma, se podrá realizar un diagnóstico adecuado en pacientes con DI (cada vez más frecuentes), Y agilizar el estudio de los mismos, gracias a la nueva gestión por parte del médico peticionario, evitando retrasos diagnósticos y garantizando su seguridad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los facultativos responsables del dispositivo se reunirán con las casas comerciales, que indicarán las condiciones de seguridad en las que se podrá realizar el estudio, elaborando una lista que incluya los dispositivos más habituales implantados en el hospital. Se elaborarán documentos explicativos donde conste si el dispositivo es Seguro - Condicional o Incompatible con RM, y la forma de actuar en cada caso. Dichos documentos se pondrán al alcance de los médicos peticionarios para su consulta desde Intranet. También constará la forma de contactar con el médico responsable del dispositivo para aclarar cualquier duda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Controlaremos el número de solicitudes de RM citadas, que dispongan de la hoja de interconsulta enviada por el médico peticionario. El indicador lo mediremos con la proporción de solicitudes con formulario del solicitante / total de estudios con dispositivos realizados. Actualmente en la mayoría de los casos la hoja de interconsulta se realiza desde el Servicio de Radiodiagnóstico, pero no tenemos tasas de referencia. Valorar la satisfacción por parte del paciente, y la presencia /ausencia de preocupación que pueda generarse ante esta situación mediante encuestas de satisfacción. Actualización anual de la seguridad de los dispositivos ya controlados e incluir los nuevos. Se comprobará que la documentación tiene fecha de revisión en la Intranet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril - Junio 2019

Reuniones con las casas comerciales de los principales DI empleados en cada una de las especialidades de Cardiología, Otorrinolaringología, Anestesia y Neurocirugía

Junio- Octubre 2019

Elaboración de los documentos actualizados acerca de seguridad de los DI.

Hoja de interconsulta consensuada, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo.

Encuesta de Satisfacción para conocer cómo viven los pacientes el proceso.

Septiembre- Diciembre 2019

Poner a disposición de los Facultativos del Hospital la documentación elaborada y alojada en la Intranet del Hospital.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE

Es necesario contactar con las casas comerciales de los DI.
Se ha propuesto que se puede gestionar como proyecto de mejora, la formación de estos especialistas en este tema en concreto.
Apoyo logístico por parte de la UCA y el Servicio de Informática.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología, enfermedad o situación que precise de una Resonancia Magnética para su diagnóstico, control o valoración
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0039 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

2. RESPONSABLE VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLA GAZULLA DAVID CARLOS. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ PUERTAS SARA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este proyecto es un seguimiento del proyecto empezado el año pasado con el mismo nombre y número de registro 219. Durante este año pasado nos dimos cuenta de que la cantidad de 10 pacientes establecida como muestra a analizar no era suficientemente grande como para realizar un análisis estadístico significativo con el fin de obtener una conclusión en cuanto a la viabilidad del cambio de densidad electrónica postulado. Por tanto, este año pretendemos ampliar la muestra de pacientes como mínimo en 20.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, (mínimo 20 más a parte de las 10 ya analizadas el año pasado), introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación de los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:

ITV: $D98\% > Dp$

PTV: $D99\% > 90\% Dp$

Comparar máximos, siempre $<125\% Dp$ IC $< (1,2 - 1,5)$

2. Reducir dosis en OR: D_{max} , D_{min} y D_{med} son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad electrónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Total: mínimo 1 año, en función de la capacidad para obtener pacientes de SBRT pulmonar.

1. Revisión de mínimo 20 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (9 meses)

2. Comparar las planificaciones tras la modificación recogiendo los datos necesarios del planificador (9 meses):

Cobertura del ITV igual o mejor

Reducción de dosis en OR

Reducción de tiempos de tratamiento

3. Realización del estudio estadístico pertinente. (3 meses)

4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. (2 meses)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos necesarios no van más allá del uso del planificador MONACO, existente en el servicio de Física, del uso de artículos científicos y de software complementario para las comparativas (EXCEL).

10. OBSERVACIONES.

Dado que nuestra población de estudio son pacientes a los que se les realicen SBRT pulmonares en nuestro servicio, y que este tratamiento supone como máximo un 3% del total de pacientes anuales, estamos un poco supeditados a la capacidad de captar la muestra de pacientes necesarios, de ello dependerá en gran medida la duración de este proyecto.

Proyecto: 2019_0039 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tumores pulmonares
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION, EXPLOTACION Y ANALISIS DE DATOS EN EL PROCESO RADIOTERAPICO MEDIANTE APLICACIONES INFORMATICAS BASADAS EN BIG DATA

2. RESPONSABLE DAVID CARLOS VILLA GAZULLA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ALBA ESCORIHUELA VERONICA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ PUERTAS SARA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La complejidad de cada una de las etapas del proceso radioterápico proporciona una cantidad ingente de datos que se encuentran dispersados en diferentes sistemas de almacenamiento.

El objetivo del Big Data en Radioterapia es la extracción, integración y análisis de los datos en una única aplicación, así como la posibilidad de realizar consultas complejas según las necesidades de los estudios a realizar.

Para conseguir este propósito se pretende crear una base de datos que actúe como núcleo a partir del cual se vayan incorporando datos de planificación, seguimiento de los efectos clínicos sobre tumor y tejidos sanos de los pacientes, averías de máquina, fundamentos de radiobiología, y todo aquello que pueda afectar al tratamiento.

La información permitirá definir estrategias de re-planificación o necesidad de cambiar patrones de dosis prescrita y de su fraccionamiento en pacientes futuros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La aplicación de Big Data tiene como ámbito la inclusión de todos los pacientes que a partir de su puesta en marcha vayan a recibir un tratamiento de radioterapia en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, sin importar su sexo, edad o patología de origen.

Mediante consultas complejas a la aplicación de Big Data, se espera identificar grupos de pacientes, re-planificar tratamientos que no son administrados conforme a su prescripción, nuevas estrategias de irradiación y fraccionamiento y mejora de utilización de los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante el desarrollo de la aplicación se pueden definir las siguientes acciones:

1. Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: La acción requiere de reunión semanal del Servicio de Física durante 12 meses para identificar todos los datos de pacientes que se desean unificar y explotar. Los orígenes de datos nuevos deberán respetar la estandarización de nombres y procesos en etapas de radioterapia. Se deberá discutir la idoneidad de nombres en comparación con listas estándar internacionales. En esta etapa, será necesario también establecer una estrategia de protección integral de los orígenes de datos y de los procesos de cumplimentación manual o automática de los mismos.

2. Diseño de la aplicación: La aplicación es un conjunto de soluciones informáticas que se dividen 4 servicios:
a) Servicios de bases de datos: Orígenes de datos y Base de Datos unificada de destino. Se pretende la creación de la base de datos unificada utilizando la arquitectura SQL Server de Microsoft. Esto requiere de la instalación y acceso a un servidor SQL Server instalado en uno de los equipos informáticos del Servicio, lo que conlleva la colaboración del Servicio de Informática del Hospital.

b) Servicios de Integración: Procesos automatizados para extraer los datos de los orígenes y llevarlos a la base de datos unificada.

c) Servicios de Análisis: Procesos automatizados para relacionar los datos y permitir la creación de consultas a la carta o de explotación de los datos de pacientes de manera conjunta o independiente.

d) Servicios de Informes: Herramientas para realizar estadísticas y gráficas de resumen de resultados a modo de informe.

Los procesos a), b) y c) requieren del paquete informático "Business Intelligence Development Studio (BIDS)" de Microsoft implementado en el motor de base de datos de SQL Server.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los resultados de la aplicación se pueden resumir en 3 ámbitos:

1. Realización de consultas y estadísticas de pacientes a través de la aplicación.

2. Re-planificación de pacientes que no han seguido plan de tratamiento.

3. Identificación de indicadores en el proceso radioterápico y nuevas estrategias de actuación.

El estándar internacional en este tipo de aplicaciones en cuanto a la robustez en los datos debe ser mayor al 97 %.

Proyecto: 2019_0065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION, EXPLOTACION Y ANALISIS DE DATOS EN EL PROCESO RADIOTERAPICO MEDIANTE APLICACIONES INFORMATICAS BASADAS EN BIG DATA

Por tanto, nuestra aplicación deberá ser capaz de ofrecer:

- Índice de robustez de los datos: 100 % que corresponde a la pérdida cero de información de pacientes.
- Posibilidad de re-planificación de tratamiento en el 100 % de los casos en que se necesite.
- Desarrollar indicadores de calidad que permitan crear nuevas estrategias de planificación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los períodos de duración de cada actividad dependen de la disponibilidad de las herramientas informáticas citadas anteriormente y de la actualización y renovación de las máquinas de tratamiento.

Teniendo en cuenta estas premisas, la estimación de tiempo de las diferentes acciones es:

1. Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: Entre 6 y 12 meses. Será responsabilidad del Servicio de Física en su conjunto, establecer reuniones para identificar y definir los orígenes de datos.
2. Diseño de la aplicación: Entre 2 y 3 años. La coordinación en este aspecto será llevada a cabo por David Carlos Villa Gazulla, Radiofísico Hospitalario del Servicio de Física del Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Herramientas informáticas citadas anteriormente.

10. OBSERVACIONES.

Modificación proyecto enviado 2019_0063.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS DE INTENSIDAD MODULADA EN RADIOTERAPIA

2. RESPONSABLE SARA JIMENEZ PUERTAS

- Profesión RADIOFISICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLA GAZULLA DAVID CARLOS. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- ALBA ESCORIHUELA ALBA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una vez planificado y optimizado el tratamiento clínico a un paciente en radioterapia usando la técnica de intensidad modulada (IMRT), se procede a tratar al paciente. Durante dicha optimización, una de los pasos es reducir lo máximo posible las unidades de monitor (dosis por unidad de tiempo), ergo reducir el tiempo de tratamiento y, principalmente, la dosis secundaria dispersa por el paciente; siempre que se mantengan las condiciones óptimas de los parámetros clínicos que definen la dosimetría y se cumplan los requisitos del tratamiento.

Esto es importante porque la dosis dispersa que pueda absorber el paciente fuera de la localización del tumor puede comprometer su salud a largo plazo, de manera que se busca que dicha radiación sea la menor posible. Además, al reducir el tiempo de tratamiento el paciente conseguirá mantenerse mejor en su posición sin moverse o presentando respiraciones abruptas.

Así, esto podría mejorar la calidad del tratamiento, si se consigue reducir la dosis dispersa manteniendo los parámetros clínicos del tratamiento original.

En cuanto a recursos, son necesarios una licencia de Mónaco y un correcto manejo de la estadística de datos, lo que no implica ningún consumo extra por parte del servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este estudio es mejorar la calidad del tratamiento clínico en radioterapia con la técnica IMRT, reduciendo las unidades monitor (dosis por tiempo). Los pacientes escogidos serán los últimos tratados, cronológicamente, y se intentará llegar a una máxima de 30 pacientes por patología, para conseguir una mejor estadística; empezando por el tratamiento de próstata convencional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Una vez recopilados todos los datos de los parámetros a estudiar, se contrastarán que los pacientes cumplen los requisitos para poder ser incluidos en el manejo de datos estadísticos con el Servicio de Física. Si la estadística es favorable a la mejora del tratamiento clasificados en diferentes patologías y dosis por sesión, se implantará de forma ordenada en el Servicio de Física dando a conocer los resultados en una sesión clínica del Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Mantener los parámetros clínicos de diferentes órganos de riesgo y cobertura del tumor (PTV) dentro de un intervalo aceptable en comparación a las dosis limitantes y a los valores de dichos parámetros en el tratamiento original.

Así, en tratamientos de radioterapia de próstata convencional:

- Recto: V50Gy, V60Gy, V70Gy
- Vejiga: D2%, D67%, V30Gy
- Cabezas femorales: D2%, V45Gy

2. Reducir unidades de monitor, y así tiempos de tratamiento y dosis dispersa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Recopilar los datos replanificando cada tratamiento 4 veces variando los parámetros a evaluar. Se contará con la ayuda de técnicos del Servicio de Física y Protección Radiológica. Cada replanificación lleva entre 30 minutos y 2 horas, y es necesario tener libre la licencia del programa Mónaco para usarlo, por lo que se estiman necesarios 6 meses, dada la carga de trabajo del servicio y tener sólo 2 licencias operativas.

2. Unificar los datos separándolos correctamente por dosis por sesión y patologías y unificándolos por modo de normalización, lo que requerirá quizás elaborar un programa manual que permita dicha clasificación (2,5 meses).

3. Aplicar la estadística correcta y obtener el valor p-Student para los resultados de cada patología (2,5 meses)

4. Concluir si se ha conseguido dicha mejora para las patologías que haya dado tiempo evaluar y, de ser así, su consiguiente implantación en el servicio (1 mes).

Proyecto: 2019_0078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS DE INTENSIDAD MODULADA EN RADIOTERAPIA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Manejo de las macros de Excel, programa para aplicar la estadística como puede ser R o Q-plot, ambos gratuitos, y una licencia del planificador Mónico, ya existente en el Servicio de Física.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cáncer con tratamiento radioterapéutico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROYECTO "GESTION CLINICA DEL RAQUIS" EN 2019 (2018_0120)

2. RESPONSABLE ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARAGÜES BRAVO J CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
- RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- VELLOSILO ORTEGA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se trata de un proyecto de continuación que se comenzó en el año 2018, se ha constituido una Comisión de Patología del Raquis, que como ya se explicó en la memoria del año anterior ha conseguido algunos de los objetivos planteados como el establecer una cartera de servicios común para los servicios implicados en el tratamiento de esta patología y que las derivaciones de otros Centros aporten la información suficiente para que se proceda a la valoración por la citada Comisión.

Durante este año además del trabajo que estamos realizando hay que elegir que información nos vamos a valer para comprobar nuestro trabajo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Registro mediante listado y/o identificación en la base de datos de los pacientes valorados por la Comisión.
- Realización de un sistema de codificación de los procedimientos tanto quirúrgicos como intervencionistas, común a todas las especialidades implicadas en la Comisión. Registro con esos códigos en la lista de espera quirúrgica o de procedimientos.
- Difusión de la Vía Clínica del Raquis.
- En los Servicios de At Especializada del hospital: Angiología y Cirugía Vasculard, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología-.
- En Atención Primaria del Sector II
- Crear un Formulario para la HCE con dos aspectos:
- Uso clínico
- Para la derivación a través de las respectivas Comisiones de Raquis de los sectores.
- Ampliar la extensión de la Comisión a los siguientes servicios:
- Unidad del Dolor: coordinar las acciones para no superponer tratamientos
- Radiología Intervencionista: Estableces los criterios y circuito de derivación, así como el sistema de seguimiento tras el procedimiento de cementación.
- Servicio de Urgencias: establecer los criterios de valoración e ingreso de pacientes con patología de Raquis desde este servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- En coordinación con el Servicio de Admisión e informática establecer como se van a identificar los pacientes que han pasado por la Comisión y la codificación de los procedimientos
- Revisión y finalización de la Vía clínica
- Colaboración con HCE
- Sesiones Clínicas con otros Servicios y con Atención Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % Reuniones de la Comisión con acta (Nº reuniones de la comisión con acta/Nº reuniones de la comisión): 100%
- % de Sesiones clínicas informativas a otros Servicios (Nº sesiones clínicas realizadas/Nº sesiones clínicas planificadas): 100% de los seleccionados
- % de Sesiones clínicas informativas a Atención Primaria (Nº de Centros de Salud a los que se les han dado Sesiones clínicas informativas/ Nº total de Centros de Salud del sector): 30% de los Centros de Salud
- % pacientes revisados en Comisión que son vistos en cex (Nº de pacientes revisados en Comisión que son vistos en cex/ Nº total de pacientes revisados en Comisión): 20% pacientes
- % pacientes revisados por la Comisión que se incluyen en LEQ (Nº de pacientes revisados por la Comisión que se incluyen en LEQ/Nº total de pacientes revisados por la Comisión): 30%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reuniones Comisión: Todos los meses del año 2019
Sesiones informativas HUMS: Enero a Junio 2019
Sesiones formativas AP: Julio a Diciembre 2019

Proyecto: 2019_0034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROYECTO "GESTION CLINICA DEL RAQUIS" EN 2019 (2018_0120)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo médico y administrativo para la realización de las reuniones de la Comisión.
Plantilla en Hª C Electrónica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA (UNIDAD DE LESION MEDULAR Y UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE RICARDO JARIOD GAUDES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERRANDO MARGELI MERCEDES. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- HIDALGO MENDIA BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- MARTITEGUI JIMENEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- TERRER PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
- CERCADILLO ISLA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En junio de 2017 se consiguió la certificación ISO:9001 (2008) para la Secc. de RHB Neurológica del Servicio de RHB del HUMS. El equipo ha trabajado desde el año 2014 actualizando procedimientos, instrucciones técnicas, formatos, y documentos internos y externos. En 2018 se realizó la adaptación a la versión 2015 del sistema ISO:9001, que debe actualizarse en 2019

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores en seguridad del paciente a través de un P.O. de gestión de riesgos -matriz de riesgo y análisis DAFO-, permitiendo acciones de mejora y nuevos objetivos. Algunos de los objetivos de 2018 no pudieron finalizarse, por lo que es necesario abordarlos en 2019, p.e: desarrollo de la encuesta de satisfacción del cliente interno, cuyos resultados pretendemos ofrecer en 2019

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del S. de RHB con el Hospital. Las actividades a desarrollar serán:

- 1.- Ordenar y completar la documentación.
- 2.- Cambiar el circuito de análisis de incidencias y verter resultados en reunión de equipo, planteando acciones de mejora y objetivos.
- 3.- Recálculo del NPR de la matriz de riesgo del procedimiento de gestión de riesgo.
- 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones.
- 5.- Seguir la evolución de indicadores y objetivos de los P.O. Tabla de mando.
- 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores	estandar	objetivo		
1.- Satisfacción Global REHABILITACION - NEUROLÓGICA-			>8	>8
2.- RHB- NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas			>60%	>60%
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Índice de sucesivas/primeras			<14	<14
4.- RHB- NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias			>3	>2
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada			>90	>90
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan	Si	Si		
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción	>8 sobre 10			>8 sobre 10
8.- RHB Neur. Eficiencia HOSPITALIZACION. Resultado:			>0,75	>0,5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las reuniones de equipo se producen trimestralmente. En primer semestre de 2019 se sucederá la auditoría interna -prevista 21/03/2019-, revisión por la dirección y auditoría externa. Según el calendario propuesto, la certificación ISO:9001 (2015) se espera en el segundo semestre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se plantearán en la Revisión por dirección -no fueron abordados en años anteriores-:

1. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME.
2. Reubicación SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxígeno/aspiración, y traslado de armarios y equipos informáticos.
3. Reutilizar sala CEX ULME como almacén/despacho de información a pacientes y familiares.
4. Creación del HOSPITAL DE DÍA ULME-UDCA en dos habitaciones de la planta.
5. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, convirtiendo a ENFERMERÍA en GESTORA DE CASO.
6. AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA -dotada con los RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA (UNIDAD DE LESION MEDULAR Y UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1332 (Acuerdos de Gestión)

COORDINACION ENTRE FASE 1 Y 2 DE REHABILITACION CARDIACA EN POSTOPERATORIO CARDIACO

2. RESPONSABLE BELEN MORATA CRESPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MERIDA MARQUES MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· LARENA SANCHEZ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· GIMENO GONZALEZ MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ABAD MARCO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2018 muchos Servicios Hospitalarios, entre otros muchos el de Cirugía Cardiovascular y Medicina Física y Rehabilitación, hemos trabajado en el proceso de Cirugía Cardiovascular, una de las líneas de mejora que se ha planteado analizando la situación actual es mejorar la información al alta del paciente sometido a Cirugía Cardíaca, y la coordinación entre enfermería de estos dos Servicios.

En el momento actual todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca son valorados por el médico rehabilitador desde la estancia en UCI y reciben seguimiento durante su estancia hospitalaria, el abordaje de los FRCV (Factores de riesgo cardiovascular) es irregular por parte de nuestro Servicio, las principales guías clínicas recomienda con un nivel de evidencia alto, el abordaje de los FRCV en estos pacientes
En el momento del alta hospitalaria los pacientes que cumplen los criterios de inclusión (anexo 2) son derivados a la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, durante la fase 2, ya ambulatoria uno de los pilares básicos que trabajamos es el uso de la Educación Terapéutica, como medio para evitar la aparición de nuevos eventos y/o complicaciones. Cuanto antes iniciemos el proceso Educativo mayores beneficios obtendremos con el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo prioritario es mejorar la información sobre FRCV del paciente operado de Cirugía Cardíaca que va a ser derivado a fase 2 de rehabilitación cardíaca, durante el ingreso hospitalario.

Objetivos:

- Determinar las necesidades de información de los pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca.
- Proporcionar a cada paciente la información que precise y adaptarla a su situación emocional, social y cultural.
- La deshabituación tabáquica en aquellos pacientes fumadores es uno de los objetivos prioritarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar un check-list sobre las necesidades de información del paciente hospitalizado.
- Estructurar las sesiones informativas previas al alta del paciente que realizará fase 2 de rehabilitación cardíaca, de tal forma que garanticemos una información básica mínima.
- Facilitar el conocimiento del paciente de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca antes del alta hospitalaria.
- Abordaje de la deshabituación tabáquica en todos los pacientes fumadores durante el ingreso hospitalario (anexo 1)
- Reunión cada dos meses entre los miembros del equipo de mejora para analizar situación, feedback del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes en los que se realiza abordaje del tabaquismo entre los fumadores: al menos 80%
- Número de pacientes que reciben información de las prioridades sentidas respecto al total de pacientes informados: la menos 80%
- Uso del check-list: en el 80% de los pacientes informados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La actividad se iniciará en el segundo semestre del año 2019, hasta Octubre de 2019 será la fase de implantación y desde Octubre de 2019 hasta marzo de 2020 se realizará la recogida de datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Necesidad de tiempo asistencial y de coordinación por parte de enfermería tanto del Servicio de Rehabilitación como Cirugía Cardiovascular, y de los facultativos.

10. OBSERVACIONES.

EXISTEN DOS ANEXOS: 1 ALGORITMO REFERIDO A LA DESHABITUACIÓN TABAQUICA. 2 CON CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE FASE 1 Y 2 DE REHABILITACION CARDIACA EN POSTOPERATORIO CARDIACO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_1378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE TRIS ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ALZUET LAZARO VANESA. MEDICO/A. CME SAN JOSE. REHABILITACION
· ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología ortopédica infantil comprende un grupo de procesos que habitualmente son motivo de consulta frecuente al médico rehabilitador. Se ha detectado consultas innecesarias al Servicio de Reahabilitación que sobrecargan y alargan las lista de espera por situaciones que muchas veces son variaciones de la normalidad durante el crecimiento y que retrasan la atención de aquellas patologías que sí precisan nuestra atención. Es necesario conocer la historia natural de la evolución del crecimiento normal así como de las diferentes patologías y de los procesos con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

Realizar un protocolo de actuación basado en las recomendaciones científicas más actualizadas nos permitirá atender a los niños con la máxima fiabilidad y eficiencia, evitando consultas improductivas, dando el mejor consejo a los padres e indicando tratamiento rehabilitador únicamente en aquellas patologías que la precisen.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto evitara tratamientos inadecuados o abusivos tanto de fisioterapia como de órtesis así como sobrecarga de consultas innecesarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Durante el crecimiento y desarrollo infantil el esqueleto evoluciona desde un esbozo cartilaginoso hasta la madurez ósea. En este proceso se producen en ocasiones variantes de la normalidad que por su intensidad provocan preocupación en las familias de los niños y como consecuencia numerosas consultas a pediatría, rehabilitación y cirugía ortopédica.

Un protocolo de actuación conjunto para nuestras consultas de Unidad de Musculo Esquelético de los ambulatorios de especialidades y de Rehabilitación Infantil mejoraría la atención, controles evolutivos fiables, derivaciones y tratamientos innecesarios.

En este primer año se realizaría un protocolo de seguimiento/actuación en Rehabilitación para en un segundo año ampliar a consensuar en las patologías que así lo precisen con cirugía ortopédica infantil y finalmente pediatría de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones entre los médicos rehabilitadores de las U.M.E y Rehabilitación Infantil:

Realizar un análisis de las patologías ortopédicas infantiles más frecuentes en nuestras consultas.

Revisión basada en la evidencia científica de los diagnósticos y tratamientos rehabilitadores de dichas patologías.

Realizar un protocolo de seguimiento que incluirá una exploración sistemática y el tratamiento de las patologías que así lo precisen

Realizar documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad más frecuentes del desarrollo fisiológico normal.

Presentación de dichos protocolos en sesión clínica en el Servicio de Rehabilitación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Presentación y entrega del protocolo de seguimiento y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles más relevantes en sesión Servicio de Rehabilitación y Medicina Física para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

Porcentaje de niños a los que se aplica el protocolo creado en las derivaciones infantiles al Servicio de Rehabilitación.

Presentación y entrega de documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad del desarrollo fisiológico de MMII para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha inicio: Octubre 2019 Fecha finalización: septiembre 2020

1º mes: Análisis de las patologías más frecuentes derivadas por Atención Primaria al Servicio de Rehabilitación

2º-3º mes: Revisión basada en la evidencia científica de la exploración, diagnóstico y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles y del desarrollo fisiológico normal

4º-5º-6º mes: Realización de protocolos de seguimiento y tratamiento patologías ortopédicas infantiles.

Proyecto: 2019_1378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

7º y 8º mes: Realización documentos Informativos

9º mes: Presentación en sesión clínica Servicio de Rehabilitación

10º y 11º mes: Aplicación de los protocolos a los niños citados en Rehabilitación Infantil y en ULME durante este período

12º mes: Estudio del porcentaje de niños a los que se ha aplicado el protocolo

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H MIGUEL SERVET
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
 - RENAU HERNANDEZ ESMERALDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
 - MELENDEZ LABORDA ANA. MEDICO/A. H CALAHORRA. REHABILITACION
 - SORIANO GUILLÉN ANTONIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
 - GARCIA GALAN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
 - ALZUET LAZARO VANESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
 - DEL CAMPO FERNANDEZ ANA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde hace unos años están en funcionamiento Unidades de Musculo-Esquelético (UME) con la función de valorar a pacientes con patología del aparato locomotor que no mejora con tratamiento farmacológico adecuado y/o tratamiento con fisioterapia en atención Primaria. Se dan pautas de ergonomía articular, se ajusta tratamiento farmacológico, se prescriben ayudas técnicas y/o se realizan técnicas invasivas (infiltraciones).

En muchas ocasiones, se realizan técnicas intervencionistas guiadas mediante referencias anatómicas que pueden mejorar la intensidad del dolor y capacidad funcional del paciente.

A veces, estas técnicas invasivas no son efectivas, precisando 2 o hasta tres infiltraciones. Este fracaso puede deberse a la no visualización correcta de la estructura a infiltrar o error por variabilidades anatómicas que puede tener el paciente.

Está demostrado que las técnicas intervencionistas ecoguiadas permiten visualizar en tiempo real estas estructuras anatómicas y sirven para evitar lesionar paquetes y ramas vasculonerviosas, neumotorax en infiltraciones torácicas, lesiones en espacio epidural en infiltraciones de columna. Permiten realizar exploraciones dinámicas en patología osteomuscular. Se aumenta la precisión y eficacia de la técnica a realizar, ya que se evita el error de las variabilidades anatómicas que puedan aparecer y que no se consideran en las técnicas guiadas por referencias anatómicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Comparar la eficacia de técnica de infiltración ecoguiada y no ecoguiada en una patología habitual en consulta de UME: patología de hombro (tendinopatía del manguito rotador/ bursitis subacromial sin rotura tendinosa)
2. Demostrar la rentabilidad de disponer de ecógrafo en Unidad de Musculosquelético en Centro de Especialidades:
 - Disminución de derivaciones a RHB Intervencionista del H. Miguel Servet en patologías de baja dificultad de realización y con seguridad clínica
 - Disminución de número de infiltraciones
 - Disminución de número de consultas
 - Mejora de escala EVA con la técnica ecoguiada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realiza estudio multicéntrico:

- En UME (Unidad de Musculo Esquelético) de Centro Especialidades de Ramón y Cajal y UME de C. Especialidades San Jose donde se realizará infiltración no ecoguiada, por no disponer de ecógrafo, de hombro con tendinopatía de manguito rotador y/o bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa.
- En Servicio de Hospital de Teruel y Hospital de Calahorra donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología antes mencionada.

- En RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología. Se descartarán los pacientes derivados a la Unidad que ya han sido infiltrados previamente por referencia anatómica.

Criterios de inclusión:

1. Paciente mayor de 18 años y menores de 65 años con clínica de tendinopatía manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa
2. Balance articular conservado pero doloroso
3. Maniobra de Jobe positiva
4. No debilidad
5. Radiografía de hombro sin alteraciones valorables.
6. Las infiltraciones se realizarán con el mismo tratamiento farmacológico y misma dosis en los distintos centros mencionados.

Criterios de exclusión:

Proyecto: 2019_1465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

1. Pacientes con capacidad cognitiva deteriorada y/o trastornos psiquiátricos
2. Pacientes con EVA igual o menor a 3
3. Alergia a anestésicos y/o corticoides
4. Aquellos que rechacen la técnica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se recogerá:

1. Edad
2. Sexo
3. Patología a tratar: tendinopatía de manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura.
4. Brazo dominante: diestro/zurdo
5. Hombro afectado: derecho/izquierdo
6. EVA (escala analógica visual) antes y después de la técnica/s.
7. Número de infiltraciones para la patología (espaciadas 6-8 semanas).
8. Número de consultas por la misma patología.
9. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
10. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica.

Se evaluará:

1. Control del dolor con técnicas de bloqueo/infiltración ecoguiadas comparado con técnicas no ecoguiadas (EVA antes y después de la técnica)
2. Número de infiltraciones con técnicas ecoguiadas comparado con técnica no ecoguiada
3. Número de consultas por la misma patología.
4. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
5. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La recogida de datos se realizará durante 8 meses, desde mayo de 2019 hasta diciembre de 2019 incluido. Se estima que se recogerá una muestra de 100 a 150 pacientes

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

En Centro Especialidades Ramón y Cajal y San José: sala de curas con material específico para la infiltración.
En Hospital de Calahorra, Hospital de Teruel, RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet: sala de curas equipada con ecógrafo, fundas de ecógrafo, material específico para infiltración

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0334 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLÓGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

2. RESPONSABLE ANGELA PECONDON ESPAÑOL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- PEREZ BORAU MARIA ANTONIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El uso de terapias biológicas y más recientemente de pequeñas moléculas (Jakinib) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias/autoinmunes (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis, artritis idiopática juvenil, ...) ha supuesto un gran paso en el tratamiento por su eficacia, aunque su empleo como también pasa con otros fármacos inmunosupresores, implica un aumento del riesgo de infecciones, en particular tuberculosis (TB) sobre todo con fármacos anti-TNF, como se puso pronto en evidencia con la farmacovigilancia.

Es por eso que en pacientes, candidatos a tratamiento con fármacos anti-TNF, se estableció realizar un estudio obligatorio para detección de infección tuberculosa latente (ILT) que incluye anamnesis dirigida a dilucidar antecedentes de TB o infección latente (tratada o no con anterioridad), búsqueda de evidencias de TB previa en la Rx de tórax y realización de Tuberculina./IGRA.

En base a la vulnerabilidad de estos pacientes frente a la TB cuando se hallan en tratamiento con biológicos (sobre todo anti-TNF), podría parecer prudente repetir el cribado cada vez que se hace cambio de biológico (ya sea por ineficacia o por acontecimientos adversos), siempre y cuando haya pasado un periodo superior a 1 año con respecto al previo.

Según datos disponibles no estaría indicado como estrategia diagnostica repetirlo en los pacientes que han sido negativos en el screening del primer biológico y tampoco durante el tratamiento. Solo se aconseja repetir dicho cribado si se producen cambios en la sintomatología clínica o tras una posible exposición a M. tuberculosis en viajes a zonas de alta endemia. A pesar de lo cual continua cierto goteo de pacientes que estando con terapia biológica desarrollan una tuberculosis .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar si después de al menos 1 año de un cribado, la repetición, del estudio radiológico de tórax y el IGRA a los pacientes que precisen cambio de biológico y que fueron negativos para ILT en el anterior o anteriores biológicos, revela:

- 1º Falsos negativos: ósea el nuevo screening detecta positivización de IGRA o alteraciones en Rx tórax
- 2º Infecciones activas TBC infra-clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Durante el 2019, a todos los pacientes que precisen cambio de fármaco biológico y que tengan screening ILT negativo realizado con anterioridad a 1 año, se les realizara por protocolo, repetición de Rx tórax y el IGRA
- Se revisaran los cuadernillos de los protocolos y analizaran resultados 2 veces al año.
- Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes que positivizan screening para ILT. Subanálisis por enfermedades
- Porcentaje de pacientes que desarrollan TBC. Subanálisis por enfermedades
- Relación entre resultado de la repetición del screening y el desarrollo de tuberculosis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.

Todos los facultativos del servicio serán los encargados de solicitar la repetición del screening a los pacientes anteriormente descritos.

La Dra Pecondon será la encargada de recoger la información, realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a los componentes del servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Estudios de radiología de torax e IGRA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0334 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFlixIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELTRAN AUDERA CHEUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- PECONDON ESPAÑOL ANGELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
- ANDRES COLL ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

ANALISIS COMPARATIVO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFlixIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA.

Las terapias biológicas han tenido un gran impacto en el tratamiento de muchas enfermedades inflamatorias/autoinmunes. Su elevado coste es una preocupación para las autoridades sanitarias. El desarrollo, aprobación e introducción en la practica clinica de las versiones biosimilares de algunos de los biológicos más empleados, supone un significativo disminución del coste, lo que en algunas sociedades, además puede determinar un aumento a su accesibilidad.

Según la Agencia Europea del Medicamento (EMA), un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un producto biológico original o producto de referencia cuya patente ha expirado, frente al cual demuestra que las leves diferencias fisicoquímicas y biológicas no afectan a la calidad, eficacia y seguridad, lo que en ultima instancia permite su autorización.

Es importante resen-ar que el término biosimilar tiene un carácter regulador y se utiliza en la Unio´n Europea (UE) para evidenciar la comparabilidad entre el biolo´gico de referencia y el biosimilar.

Actualmente los biosimilares en el área de enfermedades inflamatorias de Reumatología que están autorizados en la UE son: Etanercept, infliximab, adalimumab y rituximab .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Comparar la frecuencia de aparición de acontecimientos adversos (entre ellas las infecciones..) en pacientes con fármacos originales de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab frente a la de pacientes que estén siendo tratados con sus biosimilares (biosimilar versus original).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se van a recoger durante al menos 1 año (en el periodo comprendido entre noviembre del 2018 y noviembre del 2019) los acontecimientos adversos graves, en pacientes de nuestro medio que sigan tratamiento con etanercept, adalimumab, infliximab y Rituximab, ya sean originales o biosimilares.
- La fuente de esta información será de una parte los cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones que hacen todos los facultativos y de otra la base multicentrica nacional Biobadaser, donde nuestro servicio comunica dichos acontecimientos
- Se analizaran los resultados 2 veces al año.
- Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de acontecimientos adversos graves en pacientes con biosimilares y en pacientes con biológicos originales. Subanálisis por enfermedades y fármacos si procede.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.
- El Dr Manero, como responsable del área de terapias biológicas recogerá de forma centralizada los acontecimientos adversos cuya documentación luego guardara en los cuadernillos/protocolo
- La Dra Pecondón será la encargada de realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a los componentes del servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Software estadístico/Excel

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0030 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE LOURDES LAHUERTA LORENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION MEDICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
- MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
- CANTIN BLAZQUEZ SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La Cirugía sin Ingreso es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica con una cartera de servicios que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.
Se deben de seleccionar los procedimientos de la cartera de Servicios de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, (UCSI), se incluyen clásicamente los integrados en los niveles II y III de la Clasificación de Davis y es importante revisarla periódicamente en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica.
Es precisa la actualización de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos, con el fin de optimizar los recursos y evitar ingresos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos principales del proyecto son:

- Revisar los procedimientos que realizan los Servicios quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin ingreso, de forma que se puedan incluir más procedimientos que son candidatos a este tipo de cirugía y retirar de la cartera de servicios aquellos que puedan realizarse en otro tipo de recurso como consulta o sala blanca.
- Revisar tiempos quirúrgicos y programaciones para mejorar los rendimientos quirúrgicos.
- Revisar las suspensiones quirúrgicas, para descubrir si existe alguna causa evitable de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.
- Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
- Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
- Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados.
- Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas de suspensión y difusión del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso (Nº de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso/ Nº Servicios que realizan procedimientos de cirugía sin ingreso). Estándar: 100%.
- Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). Estándar: 50%
- Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 60%
- Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
 - Artroscopia de rodilla. Estándar 10%
 - Hallux valgus. Estándar: 20%
 - Hernioplastia inguinal. Estándar 50%
 - Fisurectomía anal y hemorroidectomía. Estándar 60%
- Revisión mensual de las causas de suspensión quirúrgica y análisis de las mismas(Nº de revisiones mensuales/12) Estándar 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración prevista es de 12 meses:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Cartera de servicios		X	X	X	X	X	X					
Guías, vías y protocolos		X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Proyecto: 2019_0030 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Rendimiento quirúrgico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X Índice de sustitución						X	X	X	X	X	X	X

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procedimientos quirúrgicos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Sustitución por CMA u otras

Proyecto: 2019_0863 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO

2. RESPONSABLE MANUELA LANZUELA VALERO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION MEDICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CARMEN GARCES ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
• ANTON TORRES ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
• RELLO VARAS LUIS. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
• ABENIA USON PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
• TAJADA DUASO MAURICIO CAYO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Ley de Investigación Biomédica define el Consejo genético como el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para él o su descendencia de los resultados de un análisis o cribado genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para asesorarla en relación con las posibles alternativas derivadas del análisis. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o cribados genéticos e incluso en ausencia de los mismos.

El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina proclamó en su artículo 12: Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento genético, que se da no solo en diagnóstico prenatal sino también en otras disciplinas, como la Oncología es un proceso y no un acto médico aislado.

Por ello y dada la trascendencia clínica y de necesidad de recursos, además en un medio en constante actualización y de aparición de informaciones nuevas con mayor o menor trascendencia clínica, es necesario ordenar de forma reglada los distintos actos que conducirán al asesoramiento genético para que la asistencia se produzca de la forma más correcta posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Consejo Genético Oncológico:

Disminuir la variabilidad en las puertas de entrada de los pacientes oncológicos/familias susceptibles de ello a la realización del consejo genético de forma global.

Disminuir las demoras en la realización del análisis genético.

Revisar y actualizar en el hospital/sector los criterios de derivación de los pacientes a la realización del análisis, quién y cómo puede indicar dicha realización.

Consejo Genético Prenatal:

Disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético, mediante la actualización/implantación de protocolos de actuación ante el hallazgo/sospecha de anomalía genética.

Mejorar la interacción con los potenciales padres para ayudar en la toma de decisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reordenación de circuitos en consejo Genético Oncológico y Prenatal.

Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Oncológico:

Ubicación en consultas con agenda específica médica y de enfermería, fuera del Proceso de Cáncer de Mama.

Toma de decisiones/actualización-elaboración de protocolos multidisciplinares consensuados.

¿Quién hace el Consejo Genético?

¿A quién se le pide el Análisis Genético?

¿Plazos máximos de realización del análisis?

Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Prenatal:

Protocolos de actuación conjuntos entre Obstetricia, Genética y Pediatría.

¿Quién da la información previa?

¿Quién y donde da la información del resultado?

Consultas conjuntas con los tres especialistas para mejorar la toma de decisiones.

Laboratorio: reorganización de las consultas.

Priorización en el análisis.

Ordenación/derivaciones a laboratorios externos..

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº protocolos revisados/actualizados/elaborados en cada disciplina. =2

% de pacientes/familias a los que se les hace el consejo genético oncológico en <3 meses = 40%

% pacientes oncológicos y familiares susceptibles a los que se realiza análisis genético en <6 meses análisis genético en <6 meses =30%

% pacientes susceptibles que se incluyen en seguimiento apropiado =80%

% de pacientes susceptibles a los que se realiza tratamiento profiláctico en plazo <9 meses =80%

% mujeres gestantes susceptibles de ello vistas en consulta multidisciplinar =80%

Definición de cartera de servicios de la agenda específica de Enfermería en Consejo Genético Oncológico. 100

%

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0863 (Contrato Programa)**

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO

Definición de los estándares de actividad de la Consulta de Enfermería. 100 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer año: análisis y reorganización extralaboratorio.
Segundo año: análisis y reorganización intralaboratorio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0999 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN LA DONACION EN ASISTOLIA

2. RESPONSABLE MANUEL ANDREU VAZQUEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAESTRE DUCAR INES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- DELGADO DEZA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- GARRIDO VILLANUEVA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- ANDRES GOMEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La comunicación de malas noticias debe reunir unos requisitos mínimos, desde esta unidad consideramos que la información que se proporciona verbalmente a la familia debería ser reforzada con documentación escrita como herramienta facilitadora para tomar la difícil decisión de la donación de órganos. Para ello se elaborará un tríptico explicativo sobre todo el proceso que conlleva la donación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reforzar y aumentar la información verbal que se les proporciona en un primer contacto a los familiares de los pacientes en donación de órganos en asistolia.
- Proponer un protocolo de información a los familiares que respete todos los valores implicados.
- Disminuir el sufrimiento y la presión sobre la familia, para evitar presionar a la familia en esta decisión tan importante cuando el tiempo es un factor limitante.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar el tríptico informativo sobre la donación de órganos en asistolia.
- Las reuniones fueron 5 durante el proceso de realización del proyecto
- Material: Sistema informático y soporte papel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Los indicadores del proyecto están encaminados a facilitar y mejorar la información a los familiares para la toma de decisiones.
 - Los resultados se obtendrán al disminuir el sufrimiento y la presión a las familias a la hora de tomar decisiones.
- La fuente de datos son los conocimientos del personal de la uci de traumatología al informar a las familias y protocolo del servicio de Medicina intensiva Hospital Universitario Miguel Servet y el Protocolo Nacional de donación y trasplante hepático en donación en asistolia controlada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de las actividades una vez finalizado el tríptico informativo será relativo y condicionado a los potenciales donantes en asistolia.
Los responsables serán los profesionales del servicio de Uci traumatología junto con el equipo de facultativos del servicio de UCI traumatología se evaluará si la aportación de la información ha sido eficaz.
Se inició con la propuesta del proyecto en el mes de Abril de 2019 y se finalizará el 13 de Abril

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

2. RESPONSABLE GUSTAVO PADILLA ARAGÜES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FUERTES ARAGÜES ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI INFANTIL
- LARENA FERNANDEZ ISRAEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La llegada del periodo estival vuelve a traer a las unidades de trabajo especializado personal que no reúne los requisitos competenciales ideales para llevar a cabo un trabajo de Enfermería que cumpla los estándares de calidad y seguridad que consideramos óptimos. Esta situación genera un estrés adicional en el personal estable de plantilla, teniendo que asumir más cuidados especializados y la formación "in situ" del personal de cobertura estival. Enlazando con el lema "Personas para personas", que define la labor de esta Dirección, consideramos que sería de gran utilidad la aportación que las profesionales recién jubiladas, y aún con buena motivación, pueden aportar con la tutorización de las nuevas profesionales durante los primeros días de su etapa en nuestras unidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Formación cualificada a personal de nueva incorporación
- Disminución del estrés en la plantilla estable de las unidades
- Impulso a los cuidados especializados de calidad
- Aumento de la seguridad en la prestación de cuidados en nuestras unidades
- Aprovechamiento del conocimiento acumulado, evitando su pérdida tras la jubilación de nuestras profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Tutorización tanto de Enfermeras como de TCAE en los primeros días de su relación profesional en las unidades, a cargo de las profesionales de reciente jubilación que mantengan el interés y la motivación adecuadas
- Programa dirigido tanto a orientar en cuidados y técnicas "in situ" como a realizar talleres con casos prácticos (montaje de equipos de Ventilación Asistida, diluciones especiales de fármacos...)
- Reunión previa a la llegada del personal nuevo con las profesionales voluntarias para establecer horarios, turnos y dinámicas a seguir desde el primer día

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nivel de satisfacción del personal de nueva incorporación, medido mediante encuesta (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Nivel de satisfacción del personal estable de la unidad, medido mediante encuesta y entrevista personal, una vez observado el aprovechamiento al finalizar el periodo de tutorización (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Disminución de errores registrados al finalizar el periodo estival comparando con los años anteriores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio a 1 de Junio/19, coincidiendo con el inicio de la contratación estival
- Plan inicial de 5 días de formación, adaptable según los turnos de trabajo asignados
- Inicio escalonado en dependencia de diferentes fechas de inicio de contratos (15 de Junio, 1 de Julio)
- Evaluación a las nuevas profesionales a la semana de su tutorización
- Evaluación con encuesta a la plantilla al mes de la tutorización, a fin de poder observar resultados
- Evaluación de errores registrados al finalizar el periodo estival

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Profesionales de reciente jubilación (Enfermeras y TCAE) con motivación para trasladar los conocimientos y experiencia acumulada
- Marco normativo apropiado que facilite la estancia en el hospital y la tutorización del personal de nueva incorporación
- Coste económico "CERO"

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dirigido, en primera instancia, a la prestación de cuidados en edad pediátrica y neonatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2019_1050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

2. RESPONSABLE MONTSERRAT DE TERA MUÑOZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOYA CALVO ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- APARICIO JUEZ SARAY. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- PEREZ ROMERO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- ANDRES GINES LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- MORON MORENO RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- DELGADO DEZA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
- ANDREU VAZQUEZ MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El paciente gran quemado ingresa en nuestra Unidad en función del tipo, profundidad y localización de la quemadura, pero siempre conllevando un importante riesgo vital. Implica una importante carga para enfermería: medidas de soporte respiratorio, hemodinámico; una vigilancia a posibles complicaciones, así como las dirigidas al control del dolor y manejo de la sedación.

Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incomprensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, de lo que es una UCI y de las actuaciones que se pueden seguir allí.

Por ello, la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar sino también a ayudar a proporcionar una información adecuada, en cantidad, pero sobre todo, haciéndola comprensible en relación con todos los aspectos relacionados con la patología que motiva el ingreso en UCI.

Por eso, además de las explicaciones verbales, consideramos pertinente entregar un tríptico informativo recalcando la información más relevante en relación con su proceso, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda comprenderlo mejor y consultar en caso de duda.

Sin duda, una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
- Entrega del documento.
- Valoración de indicador.
- Propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes grandes-quemados a los que se les entrega el díptico correspondiente.
- ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.
- Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora
 - Abril
2. Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo
 - De abril a julio
3. Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente quemado
 - De abril a julio
4. Entrega de información
 - De julio a noviembre
5. Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora
 - Diciembre

Proyecto: 2019_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE PABLO MARTINEZ CRESPO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRÉS GINES LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· APARICIO JUEZ CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· MORON MORENO RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GARRIDO VILLANUEVA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· MARTINEZ DEARTH REBECA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GARCES FERRANDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica muy grave, representa el 5% de los ictus, afecta a población de todas las edades y requiere la coordinación de diferentes especialistas para su adecuado abordaje. El objetivo de este documento es ayudar al diagnóstico y manejo de dicha patología. Además, nuestro centro actúa desde hace años de hecho como hospital de referencia para dicha patología, asumiendo el ingreso y tratamiento de la gran mayoría de los casos de la Comunidad dado que en nuestro centro dispone de los profesionales y de los medios para tratarlos, y además con una casuística y una gran experiencia.

La UCI es el servicio de referencia del porcentaje mayor de estos pacientes, especialmente de los más graves en términos de mayor afectación neurológica o radiológica.

Se trata de una urgencia vital y se caracteriza por una alta morbi-mortalidad, afectando en muchas ocasiones a personas jóvenes, previamente sanas y completamente independientes. De ello se desprende que tengan un mayor impacto sus consecuencias en la vida de estos pacientes en términos de secuelas, afectación a la vida laboral, familiar, etc.

Esta gravedad junto con la necesidad casi habitual de procedimientos neurorradiológicos y neuroquirúrgicos provoca situaciones de extrema ansiedad en los familiares agravada, en nuestra opinión, por la incompreensión de lo que supone esta patología y de los procedimientos que se van a seguir dentro y fuera de UCI.

Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe de prestar sus cuidados tanto al enfermo ingresado como a los familiares y allegados del mismo, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI donde la angustia, los miedos y la incertidumbre de no saber qué va a pasar se unen a la incompreensión y el desconocimiento de la patología, los términos médicos y de las posibles secuelas de la enfermedad.

Las actuaciones asistenciales deben ir acompañadas de una adecuada información a los familiares en cantidad y haciéndola comprensible. Consideramos que la realización de un tríptico informativo que esquematice con la información más relevante de esta patología, de manera básica, esquemática y visual puede servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Complementar la información médica que se le da a las familias mediante un tríptico, para que queden resaltados de manera clara y visual los aspectos más importantes de esta patología: complicaciones y riesgos, actuaciones que se van a seguir, etc.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con la falta de información, mejorando ésta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana a la que se le va a facilitar la información según diagnóstico (HSA) al ingreso en la unidad.
- Definición de un formato estándar de información, consensuada por la unidad, que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible para entregarlo a los familiares de los ingresados.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes diagnosticados de HSA a los que se les entrega el tríptico correspondiente.

Proyecto: 2019_1219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

ESTANDAR > 80%. Evaluación anual.

- Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril 2019
- Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril-julio 2019
- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: abril-julio 2019
- Entrega de información: julio-noviembre 2019
- Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son precisos ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASAUS MARGELI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BADIA ROMANO ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· MARTINEZ DEARTH REBECA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· GUERRERO TRENADO ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· GARCES FERRANDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· ANDRES GOMEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
· LAVIÑA LARDIES BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La sepsis, en relación con cualquiera de sus focos es un motivo de ingreso frecuente en UCI. La podemos definir como una disfunción orgánica que amenaza la vida por una respuesta descontrolada a una grave infección. En sus casos más severos provoca un fallo orgánico agudo y/o shock y finalmente muerte. Por otro lado es también una de las complicaciones asociadas a la asistencia en UCI de la mano de las infecciones nosocomiales intra-UCI.

El equipo sanitario de la UCI intenta tratar la infección, mantener o suplir el funcionamiento de los órganos vitales y estabilizar la situación hemodinámica.

El papel de la enfermería en UCI es clave en el manejo del paciente, en la administración de fármacos y manejo de dispositivos técnicos asociados para su monitorización y tratamiento, en una vigilancia activa de cualquier signo o síntoma significativo. Y también en la atención de la familia del paciente ingresado, especialmente en un primer momento.

La familia obviamente vive la enfermedad de su familiar, su gravedad y su ingreso en UCI con gran ansiedad en gran parte debido al desconocimiento e incompreensión de lo que supone su enfermedad y de los procedimientos que se van a seguir.

Por este motivo creemos que es beneficioso y necesario proporcionar información adecuada, esquemática y visual a las familias que les ayuden en la comprensión de todo ello y disminuya en parte su ansiedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Proveer a la familia de conocimientos e información sobre el proceso que está padeciendo su familiar o allegado de manera sencilla y gráfica a través de un tríptico.
-Disminuir, secundariamente, la ansiedad asociada al desconocimiento de todo lo relacionado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto
-Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
-Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible.
-Entrega del documento
-Valoración de indicador
-Propuestas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico de sepsis a los que se les entrega el tríptico correspondiente.

-ESTANDAR: >80%. Evaluación anual.

-Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CRONOGRAMA 2019

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril.
-Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril a julio.
- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente séptico: abril a julio.

Proyecto: 2019_1244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

-Entrega de información: julio a noviembre.
-Valoración inicial de indicadores: diciembre.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ninguno, ni humano ni material.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SEPTICEMIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

2. RESPONSABLE MANUEL ANDREU VAZQUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAESTRE DUCAR INES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- DELGADO DEZA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- ANDRES GOMEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- GARRIDO VILLANUEVA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- MARTINEZ CRESPO PABLO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA
- BADIA ROMANO ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. Esta patología tiene una gran importancia dado ya que es la principal causa de muerte en personas <40 años, por su alta tasa de discapacidades que produce y por su mortalidad asociada. Este motivo es uno de las más frecuentes, importantes y específicos de ingreso en UCI-Traumatología donde todo el equipo sanitario (y por supuesto dentro de él la enfermería intensiva) tiene que luchar por disminuir la morbi-mortalidad precoz (dentro de las primeras 4 horas del ingreso) y la diferida, que sucede más tarde, como consecuencia de las lesiones cerebrales, sepsis o fallo orgánico. Pero además la enfermería intensiva debe estar atenta a mitigar en lo posible la ansiedad de la familia de los pacientes. Ansiedad enorme al ser estos sucesos bruscos, inesperados, afectar con frecuencia a jóvenes, con cargas familiares y con una probabilidad de muerte y de graves secuelas no desdeñables. Una información insuficiente, mal comprendida o errónea incrementa esta situación. Por todo ello consideramos que la realización, y posterior entrega, de un tríptico informativo que esquematice la información más relevante de esta patología, de un modo básico, esquemático y visual puede en muchos casos servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares que viven sin riesgo de equivocarnos los peores días de su vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico que muestre de manera clara y visual los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes politraumatizados a los que se les entrega el tríptico correspondiente.

ESTÁNDAR: > 80%. Evaluación anual.

Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: Abril 2019

Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril- julio 2019

Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente politraumatizado: Abril- julio 2019

Entrega de información: Julio- noviembre 2019

Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes politraumatizados (o gravemente traumatizados) ingresados en UCI-Traumatología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE LETICIA DE LA CUEVA BARRAO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABOS OLIVARES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. U CLINICA MULTIHOSP MEDICINA NUCLEAR
- GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
- PUEYO FUENTES SUSANA. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
- CALDERON CALVENTE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. U CLINICA MULTIHOSP MEDICINA NUCLEAR
- MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER. INGENIERO/A DE TELECOMUNICACIONES. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS. ARQUITECTURA DE SISTEMAS
- ALASANZ ELICE IGNACIO. INGENIERO/A INFORMatico. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

En febrero de 2018 entró en vigor la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que establece la obligación de que "la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico" (artículo 58b). La norma establece además, para equipos TC instalados a partir de febrero de 2018, transferir la información dosimétrica al informe de la exploración (artículo 60.3f). A la espera de la trasposición nacional de la Directiva europea, en 2017 Medicina Nuclear en el HUMS implementó como objetivo ISO 9001 el registro de la estimación dosimétrica de la exposición a radiación ionizante en los informes de sus procedimientos diagnósticos. En abril de 201 entra en funcionamiento un equipo PET-TC en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que se plantea impulsando la mejora continua, completar el registro de la estimación de dosis en Medicina Nuclear añadiendo la dosimetría derivada de los radiofármacos PET.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo de proceso ISO 9001:2015 en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: mejora del registro e incorporación al informe clínico de la estimación de la exposición por procedimientos de Medicina Nuclear, incluyendo la exposición por administración de radiofármacos emisores de positrones, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

? Protocolización, en Medicina Nuclear, de la actividad (mCi) a administrar a pacientes en estudios PET-TC con 18F-FDG y 18F-Colina.

- Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios PET.
- Análisis con el Servicio de Informática del HUMS y el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD de la posibilidad de incorporar el valor de exposición al informe clínico mediante el cálculo automático a partir del peso o superficie corporal del paciente y la dosis de radiofármaco administrada.
- Implementación
- Puesta en marcha en pruebas
- Comunicación al personal de la Unidad: Jefatura de Servicio
- Puesta en marcha y difusión del proyecto
- Evaluación: responsable de calidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: febrero y mayo 2019

Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100

Estándar: 100% Objetivo: 100%

2.Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2019 (10 informes de cada semana).

Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total

informes)*100

Estándar: 100%

Objetivo: 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

Febrero 2019: Reunión del grupo de trabajo

- Análisis de la situación y necesidades
- Asignación de tareas y calendario
- Febrero -mayo 2019:
 - Desarrollo
 - Reunión del grupo de trabajo
 - Junio 2019: pruebas en informe
 - Septiembre 2019
 - Reunión informativa a los profesionales de MN
 - Puesta en marcha
 - Difusión
 - Diciembre 2019
 - Evaluación
 - Reunión de cierre o acciones de mejora en caso necesario

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PATOLOGÍA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0307 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE DIFUSION Y PROMOCION DE LA SALUD

2. RESPONSABLE DOLORES MUSEROS SOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA RODRIGUEZ JAVIER. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SARVISE MATA MARIA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- INEVA SANTAFE MARIA DEL CARMEN. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- URDIN MUÑOZ BLANCA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PELET LATIFA EVA MARIA. EIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- DIAZ SALAZAR CHICON JAIME. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PIÑANA ALONSO CRISTINA MIRIAM. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La deficiente educación sanitaria de nuestra población, conlleva el aumento de las complicaciones y comorbilidades de las patologías crónicas y secundariamente, de los costes sanitarios.

Más allá de la divulgación de información a través del blog de una manera rápida y gratuita sobre los problemas de salud, queremos reforzar los conocimientos ofrecidos, mediante la realización de talleres presenciales.

Consideramos que puede ser un apoyo complementario a la actividad asistencial llevada a cabo en las consultas, ya que no disponemos del tiempo suficiente que requiere cada paciente.

Por otro lado, a través de los talleres promoveremos la interacción de los pacientes mientras aprenden.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Aumentar el nivel de conocimientos de nuestra población sobre aquellos temas de mayor impacto en su salud.
- Dar visibilidad a las actividades del centro.
- Crear un espacio donde los pacientes pueden agruparse mientras aprenden.
- Empoderar a la población con herramientas para su autocuidado.
- Proporcionar educación para la Salud fuera de la consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Puesto que el año pasado creamos el blog del centro de salud, continuaremos promocionándolo tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio. Publicaremos posts bimensuales y realizaremos reuniones de equipo trimestrales.

Además de esto, ofertaremos talleres grupales en estos mismos centros.

Impartiremos un total de 4 talleres grupales, de 1 hora y media de duración cada uno. Los talleres serán dirigidos por dos integrantes del grupo. Los temas sobre los que vamos a formar a los pacientes son: Alimentación saludable, Ejercicio en el día a día, Correcto uso de inhaladores y Primeros auxilios.

Los días previos al taller se publicará un post sobre los temas a tratar a modo de introducción de los mismos y la fecha, horario y lugar de realización del taller. Los interesados en acudir a la actividad podrán apuntarse en los mismos lugares de realización mediante un listado los días previos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Elaboraremos un cuestionario sobre los temas a tratar en los diferentes talleres. Los pacientes deberán contestar este cuestionario antes y después de impartir el taller para evaluar los nuevos conocimientos adquiridos.

Por otra parte, junto al cuestionario final, se facilitará una encuesta de satisfacción, donde además los asistentes podrán proponer aspectos a mejorar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-El 31 de enero de 2019 tuvo lugar una reunión del grupo de trabajo impulsor del proyecto en la que acordamos el número de talleres a realizar, los temas a tratar en cada uno y elaboramos también la presentación, que posteriormente dimos al centro de salud.

-La sesión al equipo del centro de salud se llevó a cabo el 4 de febrero de 2019; cuyo objetivo fue recordar la prescripción del blog a sus pacientes y comunicarles la futura realización de los 4 talleres para que puedan formar parte.

-Actualización del blog cada 15 días como se ha venido haciendo desde su creación.

-Nos reuniremos cada 3 meses para reevaluar la situación del proyecto y elaborar el material necesario para los talleres.

-Los 4 talleres quedan programados para los meses de abril, junio, septiembre y noviembre del 2019.

-El análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios y encuestas de satisfacción quedarán hechos en diciembre 2019-enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala de reuniones con equipo informático (ordenador, proyector, mobiliario...).

Presentaciones en soporte powerpoint de elaboración propia.

Documentación escrita (dietas, ejercicios, instrucciones de uso de inhaladores, cuestionarios...) de

Proyecto: 2019_0307 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL BLOG COMO HERRAMIENTA DE DIFUSION Y PROMOCION DE LA SALUD

elaboración propia.
Muestras de inhaladores.
Simuladores de RCP (maniqués y DESA).

10. OBSERVACIONES.
Es muy motivador ver el impacto que está teniendo en el barrio y entre nuestros compañeros.
Debido a que aún no hemos conseguido obtener los permisos necesarios para poder tener feed-back online con los pacientes, vemos que la realización de los talleres es una alternativa plausible, puesto que nos permite un feed-back instantáneo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención de varias patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1044 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

2. RESPONSABLE HECTOR SANMARTIN ALLUE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LABORDA GARCIA INES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• ASCASO MARTORELL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• PES LAGUNA MARIA MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• FERNANDEZ LETAMENDI TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de "No hacer" de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria. Las 'Reglas de Ottawa' proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:

FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:

- Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio YA REALIZADO
- Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
- Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología

FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):

- Diseñar el formulario electrónico YA REALIZADO
- Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio

FASE 3: Difusión y formación:

- Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados

FASE 4: Implantación del protocolo

FASE 5: Consolidación y evaluación

- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:

- Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100

Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

- Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo

Estándar: > 30 minutos

- Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía /total de pacientes con criterios de inclusión x 100

Estándar < 87%

Proyecto: 2019_1044 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2019. El cronograma estimado es el siguiente:

- Fase 1: Marzo 2018- Junio-2019
- Fase 2: Junio-Septiembre 2019
- Fases 3 y 4: Octubre 2019
- Fase 5: Octubre-Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos técnicos necesarios para realizar el proyecto consisten en el desarrollo del soporte informático del protocolo en P.C.H., que será realizada por el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD. La formación necesaria para la implementación del protocolo será realizada por los participantes en el proyecto, miembros del Servicio de Urgencias, con el apoyo y coordinación de las supervisoras de enfermería del servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión ("no hacer")

Proyecto: 2019_1096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE PEDRO PARRILLA HERRANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DELGADO BELTRAN MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• HERRER CASTEJON ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• GARCIA ENA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• GALVE GALVE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) con fármacos antivitaminas K (aVK) acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®), está indicado en determinadas patologías crónicas muy prevalentes, por lo que genera frecuentes consultas, muchas de ellas urgentes.

El control del TAO se realiza mediante el INR: tiempo de protrombina realizado mediante una tromboplastina de alta sensibilidad y expresado como "razón normalizada internacional" (INR), única forma correcta de expresión del tiempo de protrombina cuando está destinada al control del TAO. Hay varias opciones para control del TAO con fármacos aVK: autotratamiento, manejo por atención primaria (AP) y manejo en unidades especializadas hospitalarias.

Las consultas urgentes relacionadas con el TAO incluyen las ocasionadas por mal control del tratamiento (niveles de INR por debajo o por encima del rango terapéutico), las derivadas de complicaciones hemorrágicas y la indicación de inicio de tratamiento tras una consulta urgente. Además, en el servicio de urgencias también hay que valorar y ajustar el TAO en pacientes que consultan por otro motivo.

Hemos detectado que en el manejo de estos pacientes existe una considerable variabilidad, y que se utilizan procedimientos que no aportan valor y que contribuyen a una estancia prolongada del paciente en urgencias, como son la solicitud de estudio de hemostasia completo por punción venosa para determinar el INR y la solicitud de consulta a hematología para nueva pauta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana de este proyecto son los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que siguen tratamiento crónico con fármacos aVKs como el acenocumarol (Sintrom®) y la warfarina (Aldocumar®) y aquellos pacientes anticoagulados en los que se inicia el TAO con estos fármacos en el servicio de urgencias.

El proyecto lo desarrollarán de forma conjunta los servicios de urgencias y de hematología (sección de hemostasia). Los objetivos que se pretende conseguir son:

1. Uniformizar el manejo del paciente anticoagulado con fármacos aVK en el servicio de urgencias (SU) del HUMS.
2. Planificar el inicio de la anticoagulación con aVK desde el SU del HUMS.
3. Generalizar el uso de la punción capilar y el autoanalizador POC (Coagucheck®) siempre que sea posible.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas son:

1. Análisis basal de la situación mediante explotación de datos del sistema informático PCH: interconsultas a hematología, interconsultas motivadas por INR alto, tiempo de estancia de los pacientes
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia
3. Elaboración de un protocolo de manejo en urgencias consensuado entre los dos servicios (urgencias y hematología)
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1. Pacientes en TAO (o inicio de TAO) dados de alta de urgencias en los que se solicita interconsulta al servicio de hematología.

Excepciones: pacientes con clínica hemorrágica; pacientes con indicación de consulta a hematología según protocolo: INR > 8, inicio de TAO en pacientes con FG < 15 ml/min

Fórmula: (Nº de interconsultas a hematología en pacientes dados de alta / Nº de interconsultas a hematología) x 100

Fuente de datos: Sistema informático del servicio de Urgencias (PCH)

Estándar: < 20%

Indicador 2. Pacientes con inicio de TAO dados de alta de urgencias en los que se cumplen los puntos críticos de seguridad clínica e información al paciente indicados en el protocolo .

Excepciones: pacientes con indicación de consulta a hematología según protocolo: FG < 15 ml/min

Fórmula: (Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias y en los que consta en la historia clínica de urgencias (PCH) la escala HAS-BLED, el FG y la información al paciente y obtención del consentimiento / Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias) x 100

Proyecto: 2019_1096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fuente de datos: Sistema de prescripción electrónica al alta (receta electrónica). Sistema informático del servicio de Urgencias
Estándar: > 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Señalar para cada actividad la duración prevista y los responsables de su implantación. Incluir las actividades relacionadas con la evaluación del proyecto, plan de comunicación, ... Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto

1. Análisis basal: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Javier Povar
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Nuria Fernández.
3. Elaboración del protocolo: Febrero y Marzo de 2019. Responsables: Pedro Parrilla y José Manuel Calvo.
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo: Abril y Mayo de 2019. José Luis Omiste.
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación: ultimo cuatrimestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos materiales para la realización del proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PETICION ELECTRONICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE JAVIER POVAR MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- GARCIA GONZALEZ ELENA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- GIMENEZ GIL RAFAEL. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- SIERRA MARIN CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- AVELLANA GALLAN MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- MERCADAL ALEGRIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
- RUBIO GOMEZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El servicio de urgencias del HUMS goza de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de la documentación clínica. Uno de los subprocesos que no ha podido ser incluido hasta la fecha es el diagnóstico de laboratorio, debido a problemas técnicos de conexión e integración del sistema de gestión del laboratorio (Modulab) y PCH.

Hasta la fecha la petición de cualquier determinación analítica (bioquímica, hemograma, hemostasia, etc.) y de microbiología se realiza en formato papel. Los datos del médico solicitante se cumplimentan a mano, lo que ocasiona dificultades para identificarlo. Los tubos para la obtención de las muestras se identifican con etiquetas de código de barras. Este proceso es mejorable en cuanto a la identificación del paciente y de las muestras. Por otra parte, no permite una adecuada gestión de las muestras en el laboratorio, lo que ralentiza el proceso y provoca tiempos más largos de respuesta que aumentan el tiempo total de asistencia del paciente en urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso.

La población diana es el conjunto de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

Objetivos secundarios:

1. Conseguir la cumplimentación adecuada de las solicitudes de las determinaciones analíticas a través del formulario de petición electrónica, tanto los datos de identificación del médico solicitante como los del paciente
2. Integrar el subproceso de diagnóstico de laboratorio en el proceso asistencial de urgencias en PCH, lo que facilitará la labor asistencial a los profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería de urgencias y técnicos de laboratorio)
3. Optimizar el proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Desarrollo informático: diseño y programación del módulo de laboratorio en PCH, que permita la conexión e integración con Modulab (desarrollo por el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD).
2. Aspectos técnicos: gestión de usuarios, diseño de la plantilla de solicitud de parámetros analíticos, instalación de Modulab y de impresoras de etiquetas en los ordenadores del servicio de urgencias.
3. Adecuación de los circuitos funcionales y forma de trabajo actuales de los profesionales sanitarios a la nueva aplicación informática.
4. Formación de los profesionales en el uso de la nueva aplicación y de los circuitos funcionales
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales de enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1. Reducción de las muestras rechazadas por ausencia de identificación de la muestra (informadas como "muestra no recibida") tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: muestras rechazadas por otros motivos

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: se espera reducción > 80%

Indicador 2. Rechazo de analítica solicitada. Excepciones: rechazo por falta de datos en la solicitud ("muestra no recibida")

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: < 1%

Indicador 3. Reducción del tiempo de respuesta de las analíticas tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: no aplica

Indicador 4. Tiempo de respuesta de analíticas. Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: < 5%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Desarrollo informático: Enero-Marzo de 2019. Responsable: Rafael Marrón
2. Gestión de usuarios y diseño de la plantilla de solicitud: Febrero-Marzo de 2019. Responsable: Elena García
3. Instalación de Modulab y de impresoras: Marzo-Abril de 2019. Responsable: Rafael Giménez

Proyecto: 2019_1110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PETICION ELECTRONICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

4. Adecuación de circuitos funcionales: Abril de 2019. Responsable: Javier Povar
5. Formación del personal de urgencias: Abril y Mayo de 2019. Responsable: Javier Povar
6. Puesta en producción: Junio 2019. Responsables: Rafael Marrón, Rafael Giménez, Elena García, Javier Povar
7. Evaluación del proyecto (indicadores y encuesta de satisfacción): segundo semestre de 2019. Elena García, Marta Avellana, Marta Rubio, Carolina Sierra, Ana Isabel Mercadal

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos materiales necesarios son: dotación de impresoras de etiquetas e instalación de un segundo gasómetro POCT en el servicio de urgencias

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patologia
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE SILVIA GARCES HORNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MANERO SOLANAS MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LOPEZ IBORT NIEVES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· LORENTE CASAUS TERESA. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PES LAGUNA MARIA MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· POVAR MARCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta tecnificación de los cuidados, la complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de obtener resultados basados en la eficiencia, los cambios en la sociedad... llevan a desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados, a mejorar la salud y seguridad de los usuarios y a fortalecer la contribución enfermera, pues la práctica enfermera es mucho más que realizar las tareas. El periodo de transición que requiere el paso del rol de universitario a profesional de la enfermería, precisa la guía de otros para aprender a aplicar los conocimientos teóricos a las experiencias clínicas de la vida real. Las enfermeras noveles tienen su formación, pero también es reconocida su falta de consolidación de experiencia práctica en el cuidado de pacientes, por ello el cuidado de pacientes complejos, el ambiente hospitalario de alta tecnología... es un gran desafío para ellas. La aplicación a la práctica no solo abarca nuevas habilidades y técnicas clínicas, sino que también incluye hacer frente a problemas de relaciones con los pacientes y sus familias, estructuras organizacionales y trabajo en equipo. Los directivos sanitarios deben ser conscientes de estas brechas entre las habilidades y los conocimientos adquiridos en la facultad y los ganados a través de la experiencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados de enfermería de urgencias a través de la creación de la figura del tutor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Un programa de mentoría/tutoría es un proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, así como la integración en la unidad o institución de referencia. El mentor/tutor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y asesorar al mentorizado/tutorizado en su desempeño profesional. Así, es el responsable de ayudar al novel a ganar confianza y motivación a través del conocimiento y la reflexión, proporcionándole ayuda para una óptima organización, así como las destrezas necesarias de resolución de problemas, de pensamiento crítico y de toma de decisiones aplicables a su entorno laboral específico de cuidar a los pacientes en situación crítica. También puede ser el responsable de emitir material educativo apropiado para este personal.

Durante este periodo de tutoría, las enfermeras desarrollarán habilidades técnicas, de relaciones interpersonales y de comunicación. También aclararán sus conceptos erróneos lo cual facilitará la práctica segura. De esta forma, el novel pasará a ser competente, y en un futuro inmediato, desarrollará la totalidad de sus funciones demostrando su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y potencialmente estresantes.

Como resultado de la tutoría, el personal se siente más valorado y empoderado en sus roles. Un personal de enfermería que se siente valorado y capacitado estará más dedicado a la organización y tendrá orgullo personal y sentido de pertenencia en su trabajo, desarrollo profesional, y promoción profesional. Más personal cualificado resulta en una práctica de enfermería más competente y segura, y este precisamente es el resultado que busca el programa de tutoría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS y que han entrado en el programa de tutorización /

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 80%

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" que están protocolizadas /

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" de la Unidad de Cuidados de urgencias del HUMS

Estándar: 10% más que el año anterior hasta llegar al 100%

Nº de enfermeras que han entrado en el programa y que han sido recibidas por el tutor en el primer día de trabajo /

Nº de enfermeras que han entrado en el programa en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 60%

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU relacionadas con la atención enfermera de la Unidad de Cuidados de

Proyecto: 2019_1199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Urgencias/

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU en el Servicio de Urgencias del HUMS

Estándar: 10% menos que el año anterior

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) que en dos meses alcanzan el nivel de competentes (nivel 3) /

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) con contrato superior a dos meses

Estándar: > 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CRONOGRAMA

Presentación propuesta y estudio pre en abril

Selección tutor y comienzo programa en mayo

Corte de indicadores junio y diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

autogestion del servicio

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1327 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARIA MAR PES LAGUNA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCES HORNA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• AMIGO ROMEO IAGO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• PERNA SIURANA JESICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
• PEREZ ARDISA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nuestro Sistema Nacional de Salud cuenta con diferentes recursos que deben atender a la población en situaciones de urgencia, a través de los servicios de urgencias hospitalarios. La coordinación entre todos los miembros que forman el equipo de urgencias, es vital para llegar a la excelencia en la calidad de atención al paciente. Debido a la diversidad es complejo. Por ello, debemos entrenar competencias para el trabajo en equipo.

Una de las debilidades y amenazas detectadas para una unidad de pacientes críticos como el servicio de Urgencias son el gran número de contratos que se realizan para periodos cortos o muy cortos. El movimiento de personal es continuo y la casuística variada.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 en su primera Línea estratégica dice;

"Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los centros/unidades. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar los cuidados sanitarios innecesarios, de escaso valor o perjudiciales para el paciente."

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dotar al equipo de urgencias (enfermería, medicina y personal no sanitario) de los conocimientos/habilidades necesarias para prestar una atención de calidad y seguridad clínica al paciente ante situaciones urgentes y emergentes.

1. Recordar los conceptos básicos aplicados en urgencias y emergencias en los diferentes ámbitos de la urgencia.
2. Desarrollar habilidades no técnicas como son trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo.
3. Adquirir destreza con las técnicas innovadoras.
4. Afianzar los conocimientos para desarrollar el trabajo en equipo ante el Código ICTUS, Código INFARTO y Código SEPSIS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Puesta en marcha del grupo de trabajo técnico-funcional para definición y seguimiento del proyecto. (abril 2019)
2. Definición del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el Área de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categoría profesional. (abril 2019)
3. Definición técnica de la solución innovadora para la creación del área de entrenamiento de gestión de análisis. (abril 2019)
4. Definición de la memoria técnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto. (abril 2019-marzo 2020)
5. Definición de la dotación tecnológica de ambos escenarios demostradores incluyendo material inventariable y fungible. (A lo largo de todo el proyecto)
6. Inventariado y etiquetado de la dotación de ambos escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
7. Demostración y evaluación de la solución tecnológica integrada en los escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
8. Perfeccionamiento y desarrollo progresivo de la solución tecnológica.
9. Formación de formadores.
10. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no técnicas (trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo, análisis de la situación), todas se llevarán a cabo a lo largo del año 2020;
1. Sesiones sobre los diferentes códigos existentes en nuestra CC.AA, potenciando cada puesto de trabajo.
2. Sesiones sobre diferentes protocolos del servicio.
3. Dinámicas para fomentar el trabajo en equipo, madurez grupal y sentimiento de pertenencia al servicio. Siguiendo diferentes herramientas como ECRM.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_1327 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Completado el acondicionamiento, la dotación tecnológica, la dotación de material complementario inventariable y la dotación de material fungible, de los Escenarios propuestos.
- Encuesta preproyecto para analizar situación actual del equipo de urgencias (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%
- Encuesta postproyecto (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comienzo del proyecto abril 2019, se realizará a lo largo de todo el año 2019.

Actividades de entrenamiento planificadas; Abril 2019, mayo 2019, sucesivamente y según necesidades del Servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H MIGUEL SERVET
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. UROLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPILEZ ORTIZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- CORBATON GOMOLLON DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
- RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- RELLO VARAS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
- MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
- GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer de próstata (CaP) es uno de los tumores más heredables con un 57% de variación del riesgo de padecerlo vinculado a factores genéticos.

Una historia familiar de CaP se asocia a un aumento del 68% de riesgo de CaP y un 72% de CaP letal. Una historia familiar de cáncer de mama supone un aumento del riesgo de CaP en un 21% y de CaP letal del 34%.

De un modo más concreto, el CaP tiene una predisposición hereditaria con especial riesgo asociado a BRCA2 y BRCA1 (asociados al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario; CMOH) y a HOXB13 (asociado al cáncer de próstata hereditario; CaPH); así como a mutaciones de genes implicados en los mecanismos de reparación del DNA (en relación al Síndrome de Lynch; SL).

Mutaciones hereditarias principalmente en BRCA1, BRCA2 y ATM se han descubierto en hasta un 12% del CaP metastásico, con implicaciones clínicas y terapéuticas. La identificación de mutaciones en CaP hereditario tiene consecuencias en pacientes y familias y comienzan a surgir estrategias individualizadas de cribado en varones con BRCA1 y BRCA2, por aumento de riesgo de CaP más precoz y mayor mortalidad. Estas realidades hacen que pacientes de mayor riesgo genético de CaP agresivo deban ser desaconsejados para estrategias de tratamiento conservador que puedan hacer peligrar su pronóstico oncológico no percibido por factores clínicos habituales.

Ante toda esta realidad surge a nuestro juicio la necesidad de implementar el "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" para pacientes de CaP y familiares en riesgo de padecerlo, u otros tumores relacionados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Determinar la población candidata a asesoramiento genético vinculado a CaP.

- Varones afectos de CaP que puedan beneficiarse de un asesoramiento genético que guíe su manejo y decisiones terapéuticas.

- Familiares de varones afectos de CaP en los que quepa esperar un mayor riesgo de padecer CaPH.

2. Determinar qué asesoramiento genético individualizado ofrecer a los varones que se identifican con mayor riesgo de padecer CaP.

- Proceda esta identificación de varones a riesgo de estudios familiares directamente vinculados a CaPH, o procedentes de otros síndromes familiares como CMOH, SL u otros.
3. Derivado de lo anterior promover estudio familiar si se identifica riesgo genético de cáncer hereditario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA"

(AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica

2.- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II": Indicaciones de estudio, flujo de pacientes, panel genético a evaluar, información a transmitir según hallazgos.

3.- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Protocolo de actuación: Consenso del grupo de trabajo en 6 meses (mínimo 1 mes, máximo 9 meses). No hay ningún protocolo estandarizado, ni aún sugerido hasta el momento en la bibliografía internacional.

- Apertura de agenda GUROAG para selección de pacientes: apertura antes de 3 meses (mín. 1 m.- máx. 5 m.); 1 día al mes, (mín. 1 d./2 m.- máx. 2 d./m.).

- Realización de informes tras estudio genético: a) Alta Prioridad, pacientes en vigilancia activa o tumores avanzados: informe en 30 d. (mín. 15 d.- máx. 60 d.); b) Prioridad Intermedia, resto de pacientes con CaP: informe en 90 d. (mín. 45 d.- máx. 6 m.); c) Baja Prioridad, familiares de pacientes: informe en 6 m. (mín. 3 m.- máx. 9 m.).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño del protocolo de consenso: Ene.-Jun. 2019. Todo el grupo de trabajo.

- Apertura agenda de consultas de Urología: Ene.-Mar. 2019. Dres. Borque-Espílez-Corbatón-Gil Sanz.

- Diseño de base de datos para análisis de pacientes: Ene.-Mar. 2019. Dres. Corbatón-Borque.

- Actualización del protocolo: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.

- Análisis de flujo asistencial y sobrecarga. Rediseño y optimización: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.

- Análisis de primeros resultados asistenciales y científicos: Ene.-Jun. 2020. Todo el grupo.

- Externalización del protocolo. Propuesta Focuss-IACS: Ene.-Dic. 2020. Todo el grupo.

Proyecto: 2019_1490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Escáner digital para escaneo de árbol genealógico y ser adjuntado a historia clínica electrónica.

10. OBSERVACIONES.

Aunque el Asesoramiento Genético en CaP es de interés creciente en la actualidad, no existe un proyecto definido en nuestro país en este sentido. El nuestro sería la primera iniciativa debidamente articulada en este sentido.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_1310 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON TMG (TRASTORNO MENTAL GRAVE)

2. RESPONSABLE ANTONIO TARI GARCIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CENTRO DE DIA ROMAREDA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA MARCO ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
• GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
• VILLAROYA LACILLA MARIA. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
• JUAN GONZALVO NATIVIDAD. TRABAJADOR/A SOCIAL. CENTRO DE DIA ROMAREDA. TRABAJO SOCIAL
• PEREZ PASCUAL MANUEL. PSICOLOGO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSICOLOGIA CLINICA
• PEÑA JUAN ISABEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CENTRO DE DIA ROMAREDA. TERAPIA OCUPACIONAL
• GASCON RICARTE MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE DIA ROMAREDA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La atención domiciliaria permite que aquellas personas con cierto grado de autonomía puedan permanecer en sus domicilios o en la comunidad, evitando ingresos en unidades residenciales y respetando el derecho de las mismas a un proyecto de vida independiente.

Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

Su finalidad es ofrecer servicio de supervisión, de entrenamiento o de autocuidado compensatorio, tanto de cuidados personales como de entorno, y detección precoz de estadios de pre-crisis o de situaciones de recaídas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

POBLACIÓN DIANA

Usuarios y usuarias del CD con dificultades para poder vivir de modo autónomo en la comunidad y vinculados a los dispositivos comunitarios de rehabilitación del Sector III que viven solos en su domicilio o pensión, o a aquellos que si bien conviven con sus padres debido a la edad de éstos se prevé que en un espacio no muy prolongado en el tiempo se encontraran solos/as.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

1. Ofrecer atención en el entorno natural de las personas que sufren TMG

2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados definidos en el plan rehabilitador establecido en el CD
Para cumplir estos objetivos es necesario conocer las capacidades y dificultades de autonomía de las personas atendidas en el CD.

Detectar necesidades no cubiertas en los recursos de alojamiento para su cobertura a través de los recursos sociales comunitarios

Evaluar las capacidades de los usuarios/as y realizar una preparación para las habilidades domésticas y para la vida autónoma.

Seguimiento y supervisión de pacientes ya integrados en pisos.

Proporcionar atención y apoyo sanitario en aquellos casos de mala adherencia al tratamiento y/o escasa conciencia de enfermedad con el fin de detectar precozmente crisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.

2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado
2. Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria).
3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

Se propone para el Contrato de gestión del 2019 este Proyecto que tratará de cubrir estas necesidades detectadas. El Programa acogerá a doce pacientes de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará la selección de los pacientes destinatarios a partir del estudio de necesidades de apoyo domiciliario.

El programa incluirá:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un P. I. T. que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_1310 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON TMG (TRASTORNO MENTAL GRAVE)

- Mantenimiento de la autonomía en el área residencial
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.
Evaluación de necesidades de asistencia domiciliaria de los pacientes atendidos en los Programas de rehabilitación de los dispositivos comunitarios de Rehabilitación del Sector III (Centro de Día Romareda y C. Ocupacional Delicias. Mes de abril 2019.
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación (Finales de abril 2019)
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

El Programa se desarrollará por el equipo de profesionales de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1333 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS

2. RESPONSABLE CARMEN FERRER DUFOL
• Profesión MEDICO/A
• Centro CENTRO DE DIA ROMAREDA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA MARCO ISABEL. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• VILLAROYA LACILLA MARIA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• JUAN GONZALVO NATIVIDAD. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• GIL PARDOS BELEN. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• MARIN BERGES MARTA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
• RUIZ GARROS MARIA CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existen dificultades en la externalización de pacientes de UME y ULE por no disponer de las alternativas residenciales suficientes y dado su escaso nivel de renta y la inexistencia de un núcleo familiar no tienen fácil acceso a una vivienda digna. Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Fomentar la autonomía del paciente en todos los ámbitos que se encuentra deficitaria.
- Favorecer la integración y permanencia a la vida independiente en la comunidad.
- Completar la recuperación social a través de dar soporte y trasladar las intervenciones rehabilitadoras al entorno más adecuado.
- Dar apoyo y supervisión a las necesidades básicas de la vida cotidiana en el mantenimiento de la vivienda y cuidado de la persona.
- Apoyo en el cuidado de la salud y adherencia al tratamiento.
- Soporte en gestiones sociales.
- Favorecer el restablecimiento de las relaciones sociales y de la vida laboral.

En base a la cesión de dos viviendas por parte de la Dirección General de Vivienda del Gobierno de Aragón podemos atender a tres pacientes que están pendientes de alta de la UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar. Dicho Programa cuenta con la colaboración de los profesionales de UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar y podrá ser implementado con un esfuerzo suplementario de las tareas habituales que ya realiza la plantilla actual de los equipos de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Gestión de la Dirección del CRP Ntra Sra del Pilar con la Dirección General de Vivienda para facilitación de viviendas que permitan la externalización de pacientes actualmente ingresados.

Acompañamiento en la adaptación de las viviendas para el uso confortable de las mismas.

Selección de los pacientes destinatarios, que se ajusten mejor a este tipo de programa.

Integración del usuario en un programa de apoyo y seguimiento en el domicilio que incluya:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un Plan individualizado de tratamiento que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener la vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado: esta área está directamente relacionada con el estilo personal, hábitos y costumbres.
2. Habilidades para la vida diaria.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1333 (Contrato Programa)**

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS

3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Mantenimiento de la autonomía residencial.
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario. En abril y mayo se habrán realizado previamente las gestiones necesarias para disponer de la vivienda en condiciones hasta ser dados de alta del CRP Ntra Sra del Pilar. En el momento en que dichas condiciones estén garantizadas, se incorporaran al Programa de rehabilitación del Centro de Día Romareda. Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación. Puesta en marchas del Subprograma a partir de junio del 2019. Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

El Programa se desarrollará por el personal de los dispositivos comunitarios de rehabilitación en estrecha coordinación y participación inicial de los profesionales de la UME y ULE.

Para llevar adelante dicho Subprograma contamos con la facilitación/asignación de dos pisos de alquiler social a personas con enfermedad mental grave que, habiendo recibido el tratamiento rehabilitador en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.) Ntra. Sra. Del Pilar, necesitan una vivienda en la comunidad.

Recursos humanos necesarios: Se contará con el equipo de profesionales de los equipos de los dispositivos comunitarios de rehabilitación adscritos al CRP Ntra Sra del Pilar.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ARROYO VILLARINO MARIA TERESA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO
• ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO
• SANCHEZ MIGUEL ELENA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO
• ALFARO ALMAJANO ENRIQUE. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO
• CAÑAMARES ORBIS PABLO. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

? nombre
? n° historia
? edad
? sexo
? indicación test aliento
? resultado test aliento
? correcta cumplimentación del tratamiento
? En caso de ser control erradicación, registraremos el tratamiento pautado y la duración.

Proyecto: 2019_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0753 (Acuerdos de Gestión)

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES TRULLENQUE EVA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· QUEROL NASARRE AURORA. PSIQUIATRA. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· MOLINS GUITARTE AURORA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL. PSIQUIATRA. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· REDRADO LACASA ANA ISABEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El traslado de la asistencia ambulatoria desde CCEE de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa a la Unidad de Salud Mental del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez supone una oportunidad de mejora del trabajo en equipo con la ampliación de la plantilla de psicología clínica y enfermería de salud mental. Dada la nueva configuración del equipo ante estos puestos de nueva creación, hemos decidido centrarnos en la elaboración de una serie de procedimientos de actuación, criterios de derivación y programas interdisciplinares con el objetivo de obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer criterios de derivación a enfermería SM

Definir la actuación de enfermería de SM en la USMA

Implantación del plan de cuidados de cada paciente en seguimiento por enfermería SM

Definición de Cartera de Servicios comunitaria con TMG

Definición de la atención a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Mejora de la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con enfermería de atención primaria

Mejorar la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con el equipo de enfermería de la UCE y HDPA, UME, CD

Establecer criterios de derivación a Psicología Clínica

Establecer criterios de derivación a Trabajo Social

Organizar actividades terapéuticas (coterapia o grupal) con participación interdisciplinar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones multidisciplinares del equipo de la USMA. Creación de grupos de trabajo.

Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal.

Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de UCE, equipos de AP, ESAD, UME, HDPA, CD.

Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio

Obtención de opinión y devolución a los equipos de Atención Primaria

Creación de Checklist de cumplimiento de procesos.

Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud

Memoria anual de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta a Enfermería SM (ESM)

Existencia de documento de actuación de enfermería SM en la USMA.

Proyecto: 2019_0753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Exposición de dicho documento al resto del equipo de la USMA y a los diferentes equipos que trabajan en coordinación con este servicio

Porcentaje de pacientes con planes de cuidados incluidos en su historia clínica.

Existe un Plan de Visitas domiciliarias y/o intervención domiciliaria en TMG

Existe un programa específico de actuación en TMG en la USMA

Existe un Plan de Atención en TCA por parte de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en coordinación con la UTCA

Porcentaje de equipos de enfermería de AP a los que se les transmite las funciones de enfermería de SM.

Porcentaje de Informes de Continuidad de Cuidados enviados a AP de pacientes con TMG.

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se transmite desde la USMA al equipo de enfermería de la UCE el Informe de Continuidad de Cuidados.

Porcentaje de pacientes ingresados por los que se establece contacto telefónico con el personal de la UCE.

Porcentaje de visitas pre-alta a pacientes en seguimiento por enfermería de la USMA ingresados en la UCE.

Existencia de criterios de derivación a psicoterapia individual/grupal (inclusión y exclusión)

Existen criterios de alta de consulta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de participación profesional, tipo de terapia/grupo, derivación y alta de Psicología Clínica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Calendario:

Marzo - abril 2019:

- Definición de la consulta de enfermería
- Establecimiento de criterios de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental
- Definición de actividad psicoterapéutica y grupal interdisciplinar

Mayo - septiembre 2019:

- Presentación del contenido de la consulta de enfermería de la USMA tanto a nivel interno, como externo, a Centros de Salud urbanos y rurales, y UCE.
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental

Octubre - noviembre 2019:

- Evaluación de los indicadores

Diciembre 2019:

Memoria de actividad de la USMA.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El proyecto se puede llevar a cabo trabajando en él la plantilla de profesionales de la USMA estableciendo un mínimo de tiempo semanal dedicado al mismo ya que, ante la carga asistencial actual, es inviable realizarlo sin prefijar este espacio.

Como recursos externos de los que disponemos en la unidad se contemplaría la remuneración de los desplazamientos tanto a las reuniones de coordinación con otros centros sanitarios como a las visitas domiciliarias.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

2. RESPONSABLE PEDRO MANUEL RUIZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRERA FRANCES ANA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· CALVO SARNAGO ANA ISABEL. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· GARCES TRULLENQUE EVA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· MABRY PARAISO SILVIA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ MARIA DOLORES. PSICOLOGO/A CLINICO. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
· LOBAN IZA JOSE MANUEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En 2018 las primeras visitas acumuladas en diciembre son 653 (con traslado a CEM Inocencio Jiménez se pierden días guardia) con 4669 totales. Con una demora media prospectiva de 38.8 días con 145 pacientes pendientes en buzón. La demora se ha incrementado de forma creciente tras el traslado a Inocencio Jiménez al realizar guardias de presencia física en el HCU en horario de mañana y perder ese día de consulta. Se ha hecho un mejor filtro de solicitudes desde AP con la introducción de interconsulta virtual. Es imprescindible conseguir que los volantes sean sólo electrónicos y no en papel (siguen llegando todavía desde AP y especializada). La historia electrónica facilitará la salida al alta por curación, mejoría o edad con información para AP de todo paciente. La Dra Mabry de forma piloto ha iniciado el uso del Curso clínico. Desde la Sección se mantiene contacto regular con las Asociaciones de familiares de pacientes y dos reuniones de equipo y de sección semanales. Ello nos ha permitido conocer que tenemos un área de mejora en la transmisión de información con las familias y necesidad de CI en padres separados. Al crearse la USMIJ Calatayud se derivó a todos los pacientes sectorizados allí con informe pormenorizado de alta. Este proyecto puede mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de profesionales, familias y usuarios al incrementar la información documentada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Informatizar definitivamente el filtro de solicitudes desde AP y especializada.

Mejorar la satisfacción de las familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Mejorar acceso/derivación mediante divulgación de criterios e informe protocolizado escrito o digitalizado

Realizar detección y protocolización de consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Disponer de documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Disponer de folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Realizar informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Informatización definitiva filtro de solicitudes AP y especializada.

Plan de comunicación con folletos para mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Documento para divulgación de criterios derivación e informe protocolizado escrito o digitalizado.

Documento consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1082 (Acuerdos de Gestión)**

GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Reuniones semanales del equipo USMIJ para realizar documentos y con USMA, UHIJ, UTCA adultos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Informatizar todas solicitudes desde AP

Nº de solicitudes electrónicas y en papel: 100% electrónicas a fin de año.

Nº de solicitudes rechazadas 5-10%

Aumentar la satisfacción entre las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH
TCA, TDAH, TEA: 100-400

Nº de folletos entregados de

Aumentar satisfacción de familias

Nº de folletos entregados com cartera de servicios y funciones del equipo: 100-400

Medida (de 1 a 10) de satisfacción de familias: 5-10

Mejorar transición a USM adultos

Número de pacientes derivados con informe: 75%-100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Doce meses de enero a diciembre de 2019

Plan de comunicación mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad: Silvia Mabry

Consentimiento informado padres separados: Eva Garcés.

Folletos TCA, TDAH, TEA: Pedro Ruiz.

Folletos cartera servicios y funciones de equipo USMIJ: José Manuel Lobán.

Encuesta de satisfacción a familias: Ana Barrera

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo para reuniones y elaboración de documentos

Presupuestos para editar en papel folletos

10. OBSERVACIONES.

Población diana menoresde 18 años

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Niños

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1389 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION. PSIQUIATRA. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
• OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL. PSIQUIATRA. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
• LOPEZ GABAS MARIA. PSICOLOGO/A CLINICO. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
• GARCES TRULLENQUE EVA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA
• DIAZ LONGAS LAURA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CME INOCENCIO JIMENEZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero 2019: definición y estructura del equipo multidisciplinar, referentes por zona de salud, organización de miniequipos.
Marzo-abril 2019: Uso de carpeta compartida. Elaboración de HOJA de INFORMACIÓN. Redacción de CRITERIOS y ESTANDARES de asistencia. Comunicación y consultoría con equipos de AP.
Febrero-Diciembre 2019: coordinación/formación con CS/CAPs
Mayo-junio 2019: Consolidación de uso de Interconsulta Virtual y valoración con Dirección de programa piloto de Curso Clínico en USM.
Septiembre-noviembre 2019: evaluación de los criterios de calidad de derivaciones e informes. Realización e implantación de PROCEDIMIENTOS.
Diciembre 2019: Memoria de actividad de la USMA.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Soporte informático para la organización de documentación compartida (en disco duro de intranet y/o en forma de

Proyecto: 2019_1389 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

formularios en CC) y de la explotación de datos en ICV y CC. Tiempo asignado por Jefatura de Servicio para reuniones/coordinación. Reprografía para hojas informativas y carteles. Reconocimiento y abono de gastos de kilometraje a Centros de Salud rurales por parte de los profesionales que se desplazan

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD ORAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS PARA DESARROLLAR EN EL SECTOR ZARAGOZA III

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MILLAN FERNANDEZ YOLANDA. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
• TORNOS GONZALEZ MARIA PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
• BEGUERIA PEREZ MARTA. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
• CERON MACHADO PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS DELICIAS SUR. SALUD BUCODENTAL
• MARCO RUIZ NOELIA. HIGIENISTA DENTAL. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. SALUD BUCODENTAL
• MARTINEZ MARCO ESTRELLA. HIGIENISTA DENTAL. CS TARAZONA. SALUD BUCODENTAL
• SOLER TABERNER ROSA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Casi un 100 % de los adultos y un 60 % - 90 % de los escolares en el mundo tienen caries dental. Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, son las cuartas más caras de tratar y suponen un 5 % - 10 % de los presupuestos de la atención sanitaria en los países industrializados, datos publicados por la organización mundial de la salud (OMS). La caries dental presenta graves repercusiones en la salud general de los niños como dolor intenso, hospitalizaciones, infecciones faciales, consultas de urgencia, disminución de la capacidad de aprendizaje y elevados costos de tratamiento, además un niño con caries en dentición decidua probablemente será un adulto con muchas caries y obturaciones en dentición definitiva. Las prestaciones que ofrece el Servicio Aragonés de Salud en los centros de salud de Atención Primaria han estado hasta ahora orientadas fundamentalmente a los niños de 6 a 13 años de edad, dando prioridad a la dentición permanente sin contemplar la dentición temporal. Es fundamental prevenir patologías orales a edades más tempranas, la OMS aconseja realizar la primera revisión a los 6 meses de edad por lo tanto es fundamental ampliar los programas preventivos en los niños cuanto antes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto tiene como objetivo principal mejorar la salud oral de los pacientes (3 a 5 años) concretamente en todo el sector Zaragoza III creando un programa que prevenga la aparición de las patologías bucodentales más frecuentes en la dentición temporal como son la caries, gingivitis, la hipomineralización incisivo molar que afecta a la dentición decidua (Hypomineralised second primary Molar, HSPM siglas en Ingles) y hábitos nocivos que pueden desarrollar maloclusión. Este programa mejorara los niveles de salud oral de los futuros usuarios del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) en Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los higienistas del sector Zaragoza III se reunirán cada mes para elaborar el material informativo y didáctico del programa y hacer una puesta en común de todo la actividad asistencial realizada en las unidades de salud bucodental. Se elaborara un folleto informativo y preventivo dirigido a las familias con el fin de informar y concienciar sobre el aporte adecuado de flúor, sobre la adquisición de hábitos higiénicos y alimentarios saludables, de la prevención de accidentes y hábitos nocivos y de la importancia de las revisiones en las unidades de salud bucodental. Se elaboraran 3 videos que podrán descargar las familias a través de código QR incluido en folletos y carteles: Video de reducción de ingesta de Azúcar, de Técnicas de Cepillado dental, de Prevención de hábitos nocivos y de traumatismos. Se diseñara una cartilla de recomendaciones y hábitos saludables bucodentales dirigida a pediatría. Además se impartirán 2 cursos acreditados por la comisión de formación continuada para informar y formar a los pediatras y enfermeras de pediatría del programa con el título "Odontopediatría en atención primaria: prevención y detección precoz de la patología bucodental en la edad pediátrica". Se diseñara un cartel de hábitos saludables dirigidos a padres para colgar en las consultas de pediatría. Se impartirá una sesión informativa a los trabajadores sociales los cuales podrán remitir a través de un P10 a las unidades de salud bucodental a los pacientes de 3-5 años de alto riesgo de caries dental.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de niños (3 -5 años) visitados. Evaluación de el índice cod de niños y CAOD. Evaluación de niños afectados con hipomineralización en dentición decidua (HSP) y N° de Molares afectados. Evaluación de Maloclusion por hábitos nocivos. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños: aplicaciones de barniz de flúor. Registro de n° talleres de cepillado con maquetas. Charlas de medidas dietéticas impartidas a los padres. N° de Cuestionarios protocolo Cambra modificado para edades de 0 a 5 años realizados con sus 19 items y medición de resultados de riesgo de caries según cuestionario: resultados niño con bajo riesgo de caries, niño con alto riesgo de caries. Se hará un seguimiento y reevaluación de ellos durante todo el año según riesgo de caries cada 3 meses alto riesgo y cada 6 meses bajo riesgo de caries. N° de reuniones del equipo de trabajo. N° de cursos impartidos a pediatría. N° sesiones informativas a trabajadores sociales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de este proyecto será de un año, y si es posible implantarlo definitivamente en todas las unidades del sector Zaragoza III. La fecha de comienzo del proyecto será tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial.

Proyecto: 2019_1482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD ORAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS PARA DESARROLLAR EN EL SECTOR ZARAGOZA III

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos serán los que hay en estos momentos en las unidades de salud bucodental.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA ORAL
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1307 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ LAZARO CARMEN. PSIQUIATRA. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ VERA MARIA TERESA. TELEFONISTA. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CONTE ROSANA. EIR. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· CANTERO MORO VIRGINIA. EIR. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los pacientes tratados con estabilizadores del ánimo atendidos en las USM del Sector.

Captación del paciente mediante

- a) Programa de pacientes en tratamiento con litio
- b) Programa de pacientes en tratamiento con ácido valproico
- c) programa de pacientes en tratamiento con carbamazepina

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. ACTUACIÓN: Detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias al tratamiento con estabilizadores.

2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Devolución de la información y trabajo coordinado desde el equipo de Salud Mental con Atención Primaria, el Servicio de Nefrología o Medicina Interna si fuera preciso.

Para el diseño del programa de seguimiento y evaluación de la salud física en TMG el CSM Delicias cuenta con un protocolo estandarizado de actuación en el que se realizan las siguientes actividades:

Analítica sanguínea completa antes de iniciar tratamiento con estabilizador

Control quincenal al inicio y tras modificación de dosis

Trimestral o semestral de los niveles del fármaco dependiendo de las características del paciente.

Control anual con analítica general (midiendo función renal, hepática, tiroidea según el estabilizador del que se trate además de indicadores metabólicos), ECG (en pacientes en tratamiento con litio), Ecografía de tiroides.

Control de constantes de forma trimestral (T.A, peso, Perímetro abdominal..)

1. DISEÑO DE PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SALUD FÍSICA EN TMG.

o DESDE USM: D.U.E.: ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, EN COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL EQUIPO DE USM Y C.S. de A.P.

o CAPTACION DE LOS PACIENTE:

? PRIMERAS VISITAS.

? REVISIONES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN SEGUIMIENTO DESDE USM Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

2. Para futuras líneas de intervención DISEÑO DE PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE estilos de vida para DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE SALUD FISICA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Nº PACIENTE (PAC) EVALUADOS EN TOTAL

-ADHERENCIA AL PROGRAMA: Nº PAC EN SEGUIMIENTO / Nº PAC EVALUADOS

Proyecto: 2019_1307 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

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

- Nº PAC. CON OBJETIVOS CUMPLIDOS / Nº PAC EN SEGUIMIENTO
- Nª CONTACTOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CASO DE NECESIDAD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Iniciado ya proceso de captación y evaluación

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

PERSONAL

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CS ALAGON

2. RESPONSABLE CARMEN MAZA RODRIGUEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAINAR LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- HERRERO GIL MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- GARISA ROCHA GEMA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- LUÑO GARCIA BENITO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- OLLERO ORTIGAS ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
- ABELLO BLASCO PIEDAD. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

Dimensiones de la calidad afectada:

- Calidad científico-técnica
- Eficiencia
- Accesibilidad

Objetivos secundarios:

- Formación técnica de los profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1-Creación de un equipo de trabajo

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

2-Realización de sesiones clínicas de formación continuada:

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

-Protocolos en dermatología

-Sesión práctica manejo del dermatoscopio.

3-Diseño de indicadores y Documentación de registro:

- Documento específico en formato ISO.
- Registro de la actividad realizada.

-Protocolo en cirugía menor.

4-Práctica clínica:

-Aproximación diagnóstica con dermatoscopio.

-Registro de actividad en formulario.

-Cumplimentación de protocolo de cirugía menor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación del proyecto:

-Fuente interna: Recogida de hojas de registro

-Fuente externa: Datos de actividad en especializada.

Indicadores:

-Profesionales que reciben formación. Nº de médicos que asisten a las sesiones/Nº total de médicos del EAP. Deseado 60%

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

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

dermatología. Deseado 5%.

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

tratadas. Deseado 75%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de la actividad 15-4-2019.

Formación entre mayo y diciembre 2019.

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

Proyecto: 2019_1305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CS ALAGON

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dematoscopio con luz polarizada.
Bisturí eléctrico.
Material de cirugía menor.

10. OBSERVACIONES.

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0928 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ROSA BLANCA CORTES MARINA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ FALCON CAMINO. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL. PEDIATRA. CS BOMBARDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0903 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO GARAFULLA GARCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COBOS HERNANDEZ ANA MARIA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
- GAYARRE JORGE RAIMUNDA. ENFERMERO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
- BENAVIDES MORAZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
- CLEMENTE ARMENDARIZ BELEN. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

* % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

* Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.

DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 22,9 (reducción de 2% respecto a 2018).

Porcentaje de macrólidos. Objetivo 2019: 20,3% (reducción de 2% respecto a 2018).

* Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias.

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_0903 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

2. RESPONSABLE JAIME BONA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS VENEZIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA NAVALON PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MAS MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados. Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

También facilita el diagnóstico de otras patologías dermatológicas tumorales (no melanocíticas) y no tumorales.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto "TELEDERMA" en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia al servicio de Dermatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio, optimizándose así las derivaciones a dermatología y detección precoz del melanoma en fases iniciales

Secundarios:

- Completar la formación en el área dermatológica de los médicos residentes
- Facilitar la implantación de "TELEDERMA"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Programa formativo inicial sobre patología tumoral dermatológica (clínica y dermatoscópica) (4 sesiones de 75 min). Se solicitará acreditación (abril-junio 2019).

Sesiones formativas posteriores de refuerzo (casos clínicos) y resolución de dudas (octubre-diciembre).

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0194 (Acuerdos de Gestión)**

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Participación en las reuniones indicadas por la Dirección de AP para poner en marcha "TELEDERMA"
Organización de los circuitos internos en el EAP para realizar las derivaciones mediante "TELEDERMA"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Ha asistido un miembro del EAP a las reuniones sobre "TELEDERMA"
- n° sesiones impartidas por el EAP. Estándar > 5 sesiones/año
- n° de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de los médicos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Solicitud acreditación sesiones: febrero-marzo 2019
- Sesiones formativas iniciales: Abril-Junio 2019. Impartidas por Jaime Bona.
- Sesiones formativas posteriores: octubre-diciembre 2019. Impartidas por Jaime Bona
- Organización de los circuitos internos para realizar las derivaciones mediante "TELEDERMA" marzo-junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cañón de video y ordenador
Dermatoscopio
Cámara fotográficas (con adaptador a dermatoscopio para proyecto TELEDERMA)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

2. RESPONSABLE AFRICA ORENSANZ ALAVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BONA GARCIA JAIME. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO NAVARRO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN PLANO EDUARDO. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· PALLARES SISAMON FELIPE. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a 88028 personas en Aragón (prevalencia 6,79%) (cuadro de mandos diabetes de Aragón: 29/10/2017). Constituye un problema significativo a nivel personal y de salud pública, no solo por su elevada prevalencia e incidencia, sino por las graves complicaciones potenciales que pueden aparecer en su evolución: enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, retinopatía, insuficiencia renal y afectación del pie ("pie diabético").

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores. Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto a la tipo 1. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras. Se estima que entre un 5-10% de los pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. El 85% de pacientes que sufren amputaciones secundarias a pie diabético han padecido con anterioridad la aparición de una úlcera diabética. El manejo especializado de las úlceras determinará una mejora en el pronóstico de estos pacientes, tanto funcional como en términos de supervivencia.

El Programa de atención integral a la diabetes en Aragón (mayo 2014) establece en el seguimiento de los pacientes diabéticos varias líneas para la prevención, detección y atención a las complicaciones crónicas. Una de estas líneas es el procedimiento de "atención al pie diabético", cuyo objetivo es "Identificar factores de riesgo de mala evolución del pie diabético con la finalidad de intensificar cuidados y visitas de seguimiento".

Se establecen como objetivo prioritario para disminuir las complicaciones asociadas con el pie diabético, el incremento del cribado del pie diabético en el nivel asistencial de atención primaria, teniendo como herramienta de monitorización el cuadro de mandos de diabetes. Para ello, se establecen actuaciones de formación y de difusión a nivel de atención primaria y se modifican las herramientas informáticas en OMI que darán soporte al registro de la evaluación del riesgo del pie.

En la ZBS la cobertura de exploración de pie diabético registrada en OMI, presentada en el cuadro de mandos de diabetes alcanza al 9% de los diabéticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético en atención primaria, a través de una correcta clasificación del riesgo de ulceración del pie que permita una rápida derivación de los pacientes con "riesgo alto o ulcerado"

Específicos:

- Formar a los profesionales del EAP en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
- Formar a los profesionales en el uso del Doopler para detección de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos.
- Conseguir al menos un 20% de exploraciones de pie diabético a la población diabética de la ZBS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Se mantendrá al menos una sesión formativa y motivadora con los profesionales médicos y de enfermería.
-Se presentarán a los profesionales datos del cuadro de mando de diabetes en lo relativo a pie diabético.
-Se evaluará a final de año los indicadores seleccionados mostrando los resultados al EAP y haciendo propuestas de mejora para el siguiente año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

-Se ha realizado sesión formativa: Estándar SI
-Nº asistentes a la sesión formativa. Estándar >50% del EAP
-Se ha realizado sesión de evaluación: Estándar SI
-Nº asistentes a la reunión de evaluación. Estándar >50% del EAP
-Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos \geq 20% (obtenido del cuadro de mandos de diabetes)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión formativa inicial en el mes de marzo 2019. Ponente África Orensanz.
Sesión de evaluación final en el mes de enero 2020 y análisis de indicadores. Ponente Jaime Bona.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenador y cañón de vídeo.
Doppler.
monofilamento, diapasón

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0693 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

2. RESPONSABLE NURIA GARIN PORTERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA. PEDIATRA. CS CARIÑENA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORESANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto actual se centra en realizar un apoyo a las familias en los primeros meses de vida del bebé y enseñar la correcta técnica de masaje infantil para mejorar el disconfort del lactante.
Promoviendo las relaciones y como herramienta para llegar a familias de los 11 municipios que componen la Zona de Salud de Cariñena

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: bebés 2-4 meses y padres

Los objetivos de este proyecto son:

- Proporcionar un espacio de intercambio entre las familias y los profesionales sanitarios de AP
- Mejorar el disconfort del lactante
- Promover nuevas relaciones y apoyo mutuo
- Reducir costes al Sistema Sanitario al tener bebés más saludables

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Talleres prácticos acompañados de charlas para aumentar los conocimientos y eliminar tabúes, donde se adiestrará a las familias en las técnicas del masaje infantil y y apoyo a la crianza

Se realizará un programa de 4 talleres prácticos donde se enseñaran las técnicas de masaje y cada día se plantearán diferentes aspectos relacionados con la crianza: nutrición, cólico del lactante, cuidados del bebé, cuidados de la madres, porteo, sueño...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará la captación e información a las familias en las consultas programadas de Pediatría y enfermería Pediátrica

Al finalizar se realizará una encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Programa de 4 talleres en función de nacimientos

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala amplia y climatizada. Esterillas.

Proporcione el usuario: Toalla y/o manta, ropa cómoda, aceite almendras o similar para bebés

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lactante
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0818 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES EN LA RADIO

2. RESPONSABLE MERCEDES ALVAREZ LAGARES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS CARIÑENA
- Localidad CARIÑENA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARIN PORTERO NURIA. FISIOTERAPEUTA. CS CARIÑENA. FISIOTERAPIA EN AP
- MILLAN PLANO EDUARDO. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA. PEDIATRA. CS CARIÑENA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto actual se centra en la difusión a través de la radio Campo de Cariñena de hábitos saludables y recomendaciones de salud para la Comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: Comunidad

Los objetivos de este proyecto son:

- Fomentar el autocuidado
- Propagar información en forma de ideas y conceptos
- Convertir al ciudadano en agente activo
- Fomentar los cambios activos y de comportamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Propagación de información a través de este medio de comunicación masas

Participación planificada en el programada de Radio Campo de Cariñena

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizaran diferentes secciones: hábitos salud, recomendaciones posturales, alimentación, vacunación, prevención accidentes domiciliarios, uso adecuado antibióticos,....

Acceso a los Podcast de las intervenciones de los componentes del proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Secciones mensuales y/o semanales programadas en la Radio de Campo de Cariñena

9. RECURSOS NECESARIOS.

Instalaciones Radio Campo de Cariñena

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0875 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARIN PORTERO NURIA. FISIOTERAPEUTA. CS CARIÑENA. FISIOTERAPIA EN AP
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MEZQUITA ADAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· VALERO GUILLEN PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los niños son capaces de asimilar los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de maniobras de reanimación, así como de transmitirlos entre sus propios familiares y amigos.

El Real Decreto 126/2014 de 28 de Febrero indica a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de la Educación Primaria. Todavía no se hace en todos los colegios, ni de forma reglada ni obligatoria ; sólo formando parte de proyectos, iniciativas, talleres voluntarios y campañas . El equipo sanitario de atención primaria puede tener un papel importante de apoyo al personal docente para la enseñanza de primeros auxilios.

El proyecto consistiría en acudir al colegio público de Cariñena Santo Cristo Santiago para apoyar al personal docente y enseñar a los escolares a reconocer la parada cardiaca, puesta en marcha de los servicios de emergencias y enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Contribuir a la formación de los niños del colegio público de Cariñena para que estén preparados para reconocer la parada cardiorespiratoria, poner en marcha los servicios de emergencias e iniciar las maniobras básicas de RCP por medio de charlas formativas teóricas y prácticas.

Enseñar habilidades para:

- Reconocer una parada cardiorespiratoria
- Enseñarles a comprobar la seguridad en la escena
- Enseñar la obtención de ayuda. Explicar el uso correcto del 112
- Posición lateral de seguridad.
- Enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica mediante la administración de compresiones torácicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Se ha contactado previamente con la Jefa de estudios del Centro educativo para ofrecer el proyecto con muy buena disposición por parte del colegio .

-Una vez aprobado el proyecto se concertará una reunión para unificar ideas, objetivos, valorar sus propuestas y necesidades y concretar fechas para establecer número de sesiones adecuadas para trabajar en principio con los alumnos de 5º y 6º de primaria y establecer el resto de cursos en los que se difundiría el proyecto.

Inicialmente se pasaría una pequeño test a los alumnos para evaluar conocimientos previos.

Según las sesiones que se concreten con el centro escolar :

-Se impartirían las nociones teóricas sobre el reconocimiento de parada, activaciones de servicios de emergencias y realización de RCP básica .

-Puesta en marcha de lo aprendido por medio de maniqués de entrenamiento o por medio de muñecos .Práctica de las maniobras y ejemplos de situaciones.

-Se les invitará a preparar material en las aulas para que ellos mismo junto con el apoyo del profesorado nos ayuden al personal sanitario a enseñar las maniobras a alumnos de cursos inferiores para ayudar a difundir los conocimientos aprendidos a otros alumnos del centro .Se implicará a los niños en la forma más adecuada de enseñar habilidades sobre RCP a sus compañeros de cursos inferiores para reforzar su aprendizaje por medio de canciones, vídeos, murales, uso de muñecos, etc.

Posteriormente se realizarán las charlas en otros cursos sobre las maniobras de RCP con el apoyo del material preparado por los alumnos y con la ayuda de los propios alumnos . De esta manera los alumnos más mayores reforzarían su aprendizaje y se consigue la implicación de todos en el proyecto ;alumnos, personal docente y personal sanitario.

-Se pasaran posteriormente un test para valorar conocimientos adquiridos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Mejora de los resultados obtenidos en los test tras realizar el proyecto respecto a los resultados obtenidos en los test previos.

-Encuestas de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Presentación del proyecto al equipo directivo del centro educativo .Valorar sus propuestas, necesidades, forma

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0875 (Acuerdos de Gestión)**

RCP-ANDO EN EL COLE

más adecuada de implementar el proyecto y concertar número de sesiones por curso para realizar la formación teórica y práctica .

-A lo largo del curso escolar y según fechas que nos indiquen en el centro; realización de las sesiones .Primero se formará a los alumnos de 5º y 6º de primaria .Se les hará la propuesta para preparar material para participar en la formación de los alumnos de cursos inferiores (3º y 4º) y se realizarán las sesiones en estos cursos .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Las sesiones se realizarán en las instalaciones del centro escolar donde nos desplazaremos personal sanitario del Centro de salud para impartir la formación.

Se precisará material audiovisual para las charlas teóricas con presentaciones que prepararemos desde el Equipo de Atención Primaria y para la parte práctica se precisará de, o bien algún maniquí de reanimación o muñecos y peluches que los niños pueden llevar para practicar las maniobras de reanimación sobre él.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PARADA CARDIORESPIRATORIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONA GARCIA JAIME. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los periodos epidémicos de gripe la carga de la enfermedad recae sobre todo en la población menor de 14 años con una tasa de ataque que dobla a la población adulta, siendo un vector importante en la transmisión de la enfermedad. La definición de caso de gripe propuesta por la Unión Europea es la que se detalla a continuación :

? Aparición súbita de los síntomas y

? al menos, uno de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre o febrícula, malestar general, cefalea, mialgia y

? al menos, uno de estos tres síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea y

? ausencia de otra sospecha diagnóstica.

Los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar algunos de estos síntomas. Además, en el niño, la fase inicial de la gripe, antes de la aparición de la sintomatología respiratoria, puede presentarse como un síndrome febril sin focalidad aparente, lo cual debe plantear en el niño menor de 3 años el diagnóstico diferencial con la bacteriemia oculta. Este cuadro requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa.

El niño con gripe documentada presenta una baja tasa de infección bacteriana grave asociada, y en él se pueden obviar otras exploraciones complementarias. Hacer un diagnóstico etiológico preciso disminuye la tasa de reconsultas espontáneas asociadas a un proceso febril inespecífico y el riesgo de que este proceso infeccioso de origen viral acabe siendo estudiado con exploraciones complementarias poco rentables, derivado al servicio de urgencias, o siendo tratado innecesariamente con antibióticos; posibilidades que aumentan en relación directa con los días de evolución.

La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) en pediatría permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos y petición de pruebas complementarias durante las épocas de elevada actividad gripal ; ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. En diversos estudios se ha documentado una disminución hasta del 70% en el uso de antibióticos cuando se dispone de un TDRI, así como una disminución de exploraciones complementarias. Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general: Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 3 años.

Objetivos específicos:

1. Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 3 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
2. Reducir la realización innecesaria de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias como analíticas sanguíneas o de orina.
3. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
4. Establecer medidas de limitación de transmisibilidad en pacientes infectados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante las semanas 45 a 13 epidemiológicas (5 de noviembre y el 25 de marzo), época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 3 años con fiebre sin foco, sospecha clínica de gripe o niños con factores de riesgo de gripe complicada.

Se realizará el test cuando clínicamente se cumplan los criterios diagnósticos y además se considere que el resultado va a influir en la toma de decisiones sobre pautas diagnósticas y terapéuticas.

Un TDRI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. En test se realizará entre las 12 y las 48h del inicio de la sintomatología y siempre en los 4-5 primeros días.; ya que antes de las 12h puede haber falsos negativos por una carga antigénica insuficiente.

Si no se confirma la gripe se controlará la evolución del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de niños menores de 3 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.

% de niños menores de 3 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.

% de utilización de antibióticos en niños menores de 3 años con TDRI positivo.

Proyecto: 2019_1143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

% de utilización de pruebas complementarias en niños menores de 3 años con TDRI positivo.
Seguimiento en niños menores de 3 años con TDRI negativo para valorar si precisan pruebas complementarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.

Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.

Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión de indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se precisará disponer del test de diagnóstico rápido de gripe.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

1. TÍTULO

MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

2. RESPONSABLE MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONA GARCIA JAIME. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MAS MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SARASA PIEDRAFITA DELFIN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASBAS VELA DOMINGO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· COLAS BELTRAN FERNANDO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,6 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 12,1% (reducción de 2% respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1440 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU ROYO OCHOA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS CARIÑENA
• Localidad CARIÑENA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MAS SANCHEZ ADORACION. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• MINGUEZ MARTIN CRISTINA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• SAN MIGUEL ARBUES DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
• DELFIN SARASA PIEDRAFITA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El manual de acogida es un instrumento muy importante a la hora de que un nuevo miembro se integre en el centro de salud, facilitándole la organización de las consultas y centro, la localización de los distintos consultorios, numeros de telefono, emails de interes, y otros datos de importancia sobretodo en los primeros dias de trabajo, sin embargo nos dimos cuenta que una parte muy importante de nuestra actividad asistencial es la urgente y en nuestro manual no dedicabamos ninguna reseña a la sala de urgencias, a su distribución y equipación, información de gran utilidad para cualquier persona que vaya a desarrollar una jornada de trabajo en nuestro centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar nuestro manual de acogida, añadiendo un apartado denominado de urgencias, donde se explique al nuevo integrante, la localizacion de la sala de urgencias, distribución de su material, carro de paradas y maletines de urgencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear nuevo apartado de urgencias en manual de acogida con organización y material de sala de urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Mediante una encuesta que se facilitara a la vez que el manual de acogida a los nuevos integrantes recogeremos información sobre si el nuevo apartado del manual ha resultado de interés y utilidad para el desarrollo de su trabajo en los primeros momentos en nuestro centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El año en curso.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los que tiene ya el centro.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda la patologia urgente
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABILIDADES PARA LA GESTION DE UNA DIETA SALUDABLE

2. RESPONSABLE ADORACION MAS SANCHEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS CARIÑENA
 - Localidad CARIÑENA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MINGUEZ MARTIN CRISTINA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MARQUES POLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- AGUDO GARCIA ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- TRICAS TORRES FLORENCIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En envejecimiento de la población y las condiciones de vida actuales favorecen el aumento en la prevalencia de patologías crónicas como la hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca. La dieta influye de forma decisiva en el desarrollo y la evolución de estos procesos. La educación sanitaria es una estrategia fundamental para la prevención y fomento de la salud, funciones características de la Atención Primaria, pero la fórmula de la docencia en grupos, por sí solos, no parecen alcanzar los resultados esperados. La propuesta desde el centro es complementarla con la organización de un concurso de recetas de comida saludable. Es una forma de motivar, mejorar la asimilación de la información y comprobar su integración y puesta en práctica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Adquirir habilidades para la gestión y la elaboración de una dieta sana.
- Mejorar los estilos de vida a través de la dieta habitual.
- Prevenir patologías crónicas prevalentes (HTA, DM, dislipemia e insuficiencia cardíaca).
- Acercar el EAP a la comunidad.
- Verificar que los conceptos que se transmiten en las sesiones de educación sanitaria se adquieren de forma correcta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Preparación y se exposición de al menos 2 sesiones dirigidas a la población en general sobre la dieta saludable y la preparación de los alimentos de forma sana.
- Elaboración y colocación de carteles para publicitar las sesiones sobre la dieta saludable y de un buzón para recibir la recetas del concurso.
- Diseño de una plantilla con las recomendaciones fundamentales para la elaboración de una comida sana y las condiciones del concurso de cocina.
- La propuesta del concurso se pondrá en conocimiento del presidente de la comarca de Cariñena, para acercar lazos colaborativos.
- Recibidas las recetas y las sugerencias en tiempo y forma serán leídos por el tribunal designado por el equipo del proyecto y se decidirán los ganadores.
- Se localizará a los ganadores y se les entregará un premio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Preparación y exposición de las sesiones educativas
- Diseño de los carteles publicitarios y colocación de los carteles publicitarios.
- Diseño de las normas del concurso de recetas y reparto entre la población.
- Elaboración del buzón para la recogida de las recetas
- Colaboración con la Comarca de Cariñena.
- Participación de la población en la asistencia a las sesiones educativas y en el diseño de las recetas.
- Revisión de todas las recetas y sugerencias recibidas.
- Elección de los ganadores, identificación y entrega de premios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Preparación y diseño del material: mayo.
- Contacto con la administración de la Comarca de Cariñena: tras las elecciones.
- Publicidad de las sesiones: junio-agosto.
- Realización de sesiones: septiembre
- Recepción de recetas: octubre.
- Revisión de recetas, elección de ganadores y entrega de premios: noviembre y diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo informático con impresora, material fungible (folios, tinta de impresora, cartones, pinturas, celo), equipo de proyección, sala de reunión.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES PARA LA GESTIÓN DE UNA DIETA SALUDABLE

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0125 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

C. S. CASETAS "CONOCE TU CENTRO"

2. RESPONSABLE ANA ISABEL TAPIA PEREZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MATEO OLGA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS CASETAS. TRABAJO SOCIAL
· TAPIA VILLALBA MERCEDES. TCAE. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES NILSSON ANA KARIN. PEDIATRA. CS CASETAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Atención Primaria debería ser prioritaria la Educación para la Salud y la Prevención y cuanto más temprana sea esta actuación mejores resultados se obtienen.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Esto nos permitirá trabajar sobre la promoción de la salud y no sólo actuar sobre el problema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
"Acercar" nuestro Centro de Salud a los más pequeños y mostrarlo como algo cercano y accesible para ellos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentaremos 2 charlas-talleres que consideramos imprescindibles: "Buylling" y "Cuidamos nuestra espalda". Haremos reuniones en los colegios con sus respectivas direcciones y profesorado para que nos muestren otras necesidades detectadas para su trabajo en posteriores intervenciones.
Asimismo se programará una visita de los alumnos al Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tras la visita y los talleres, nueva reunión en el Centro de Educación para objetivar cambios en el alumnado. Para ello proporcionaremos a los niños unos sencillos cuestionarios para valorar el grado de asimilación de la información dada. La aportación subjetiva del profesorado también se tendrá en cuenta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Dos reuniones en el Centro de Educación: una previa a la visita y otra posterior.
Una visita anual al Centro de Salud de los niños de 2º curso de educación Infantil.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños de 2º año de Educación Infantil.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ROYO CHOPO YOLANDA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
• CAMATS FRANCO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
• HERRERO SOLSONA PAULA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
• AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,0 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,4% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1243 (Acuerdos de Gestión)**

CIRUGIA MENOR EN EAP CASETAS

2. RESPONSABLE ALBERTO FERRER CASAUS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENO MONZON ANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- NAVARRO SUBSIERRA MARISA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- RUIZ GARCES JORGE. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- TAPIA VILLALBA MERCEDES. TCAE. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA MONTAÑES BELEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

- EN NUESTRO EAP, CADA PROFESIONAL, ACTUABA SEGÚN AGENDA O MAESTRÍA EN CIRUGÍA MENOR SIN QUEDAR REFLEJADO EN SU ACTIVIDAD PROGRAMADA.
- RESTAN TIEMPO EN LA ACTIVIDAD ORDINARIA DE MAP Y DUE DE ATENCIÓN PRIMARIA NO RECONOCIDOS Y DISMINUYEN LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
- SE DECIDE CREAR UNA AGENDA PARA DICHOS PROCEDIMIENTOS (QUE YA SE HACÍAN) A CARGO DE VARIOS RESPONSABLES DEL EAP CON LA FINALIDAD DE QUE SE RECONOZCA LA ACTIVIDAD REALIZADA Y LA REPERCUSIÓN QUE LLEVA EN DISMINUIR LA PRESIÓN EN ESPECIALIZADA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1.- OPTIMIZAR AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (MAP Y DUE).
- 2.- CONSULTA MONOGRÁFICA EN CIRUGÍA MENOR PARA PACIENTES QUE PUEDEN SER TRATADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MANERA PROGRAMADA (ADMINISTRATIVOS) Y CON UN EQUIPO FORMADO (MAP, MAC, EAP Y EAC) Y CON MATERIAL NECESARIO (TCAE)
- 3.- DISMINUIR AGENDA DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MENOR, DE PATOLOGÍAS QUE PUEDEN SER TRATADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. SEGÚN CARTERA PROPUESTA EN EL EAP DE CASETAS
- 4.- FORMACIÓN CONTINUADA A LOS PROFESIONALES A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN.
- 5.- PERSONAL DE APOYO (MAC Y EAC) PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
- 6.- MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES QUIRÚRGICAS ABORDABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- ES UNA ACTIVIDAD QUE SE VENÍA REALIZANDO EN EL EAP DE MANERA HABITUAL SIN PROGRAMA Y SIN REGISTRO.
A LO LARGO DE 2018 SE HA PROPUESTO COMO PROYECTO EN REUNIONES DE EAP.
LOS PARTICIPANTES EN ESTE PROYECTO, SE HAN FORMADO A LO LARGO DE 2018 DE FORMA ALTRUISTA, ESTÁN FORMADOS O HAN RECIBIDO FORMACIÓN EN CIRUGÍA MENOR.
EN FEBRERO DE 2019 SE HACE REUNIÓN DE EQUIPO (DR ALBERTO FERRER) CON INFORMACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE DERIVACIÓN.
RESPONSABLE DEL PROYECTO (ALBERTO FERRER (MAP). PARTICIPANTES DEL PROYECTO ANA JIMENO (MAC), MARISA NAVARRO (DUE), JORGE RUIZ (EAC), MERCHE TAPIA (TCAE).
TODOS LOS PROFESIONALES EN EL PROYECTO DISPONEN DE FORMACIÓN NECESARIA (SIEMPRE HACE FALTA FORMACIÓN CONTINUADA)
SE CONCRETA SERVICIO (LUGAR PARA LA ACTIVIDAD, MATERIAL NECESARIO.....)
SE INICIA ACTIVIDAD EN MARZO 2019
SE GENERA AGENDA ULTIMO VIERNES DE MES A LO LARGO DE 2019.
SE REALIZARAN REUNIONES DE EQUIPO TRIMESTRALMENTE PARA INFORMAR DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- NUMERO DE DIAS AL AÑO QUE ESTA ABIERTA LA AGENDA DE CIRUGIA MENOR EN EL AEP CASETAS DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS CADA DÍA EN AGENDA DE CIRUGÍA MENOR EN EAP CASETAS DE MARZO 2019 - 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE MAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE EAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- AÑO 2018 FORMACIÓN DE PERSONAL IMPLICADO EN EL PROYECTO, INCLUSO DE MANERA ALTRUISTA POR NO DISPONER DE FORMACIÓN EN EL SECTOR.
- FEBRERO 2019 SE CONCRETA PERSONAL (MEDICOS, ENFERMEROS, AUXILIARES SANITARIOS Y AUXILIARESA ADMINISTRATIVOS)) LUGAR Y MATERIAL NECESARIO.
- MARZO 2019 SE ESTABLECE LUGAR Y MATERIAL.
- MARZO 2019 SE INICIA ACTIVIDAD.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1243 (Acuerdos de Gestión)**

CIRUGIA MENOR EN EAP CASSETAS

- ABRIL 2019 A MARZO DE 2020 DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
- ABRIL A MARZO REUNIONES TRIMESTRALES DE EQUIPO PARA VALORACION DE LA ACTIVIDAD

9. RECURSOS NECESARIOS.

- FORMACIÓN CONTINUADA SUSTITUIDA A CARGO DEL SALUD DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO Y POSIBLES INTERESADOS.
- LUGAR APROPIADO Y CON SEGURIDAD PARA EL PROCEDIMIENTO
- MATERIAL NECESARIO QUE PUEDE VERSE INCREMENTADO SEGÚN NECESIDADES (PINZAS, TIJERAS, MOSQUITOS, MESILLAS, APARATOS DE ESTERILIZACIÓN, COAGUCHECK, DESFIBRILADOR, MEDICACIÓN, GASAS, APÓSITOS, BISTURÍS, SUTURAS, FORMOL, PAÑOS ESTERILES, GUANTES ESTERILES Y NO ESTÉRILES TANTO DE LÁTEX COMO DE NITRILO....)
- RECURSOS HUMANOS PARA LLEVAR A CABO DICHA ACTIVIDAD (MEDICOS Y ENFERMERÍA DE APOYO.....) PARA CUBRIR CONSULTAS DE AP MIENTRAS SE LLEVA A CABO DICHA ACTIVIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL EAP.

10. OBSERVACIONES.

ES UN PROYECTO INICIADO CON GRAN ENTUSIASMO Y RESPONSABILIDAD, POR LO QUE INSISTIMOS EN LA NECESIDAD DE QUE SE NOS PROVEA DE TODOS LOS RECURSOS SOLICITADOS PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
ES POSIBLE QUE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS AUMENTEN O CAMBIEN SEGÚN ORGANIZACIÓN.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0867 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Para dar continuidad al trabajo comenzado el año pasado, hay que seguir con el buen uso de los antibioticos y disponemos de indicadores extraidos de los propuestos por el plan nacional contra la resistencia a los antibioticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promover el uso adecuado de los antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion en la prescripcion.

Monitorizar la utilizacion de los antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Monitorizar 2 indicadores de utilizacion de antibioticos

Realizar formacion especifica dirigida a los profesionales en infecciones urinarias, ETS y de piel y tejidos blandos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% De profesionales que reciben informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos

Porcentaje de DDDFluorquinolonas : reduccion de un 2% respecto a 2018

Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generacion : no usar a no ser que este debidamente justificada al ser antibioticos de ambito hospitalario. Reduccion 2% respecto a 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero: uso adecuado de antibioticos en infecciones urinarias

Abril: uso adecuado de antibioticos en ETS

Octubre-Diciembre: uso adecuado de antibioticos en infecciones de piel y partes blandas

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CALIDAD DE REGISTRO DGPFACTOR DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

2. RESPONSABLE VIRGINIA CONCHELLO GIMENEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRANZ ALFARO ALFREDO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALAVA CAUSAPE AMOR. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GIL CORTES MARIA TERESA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UCEDO APARICIO ANA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Considerada por SALUD la Insuficiencia Cardíaca como proyecto prioritario en el C Programa de 2019, hemos detectado oportunidades de mejora en el registro, DGP, de sus Factores de Riesgo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar los registros de FR en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Selección de pacientes con diagnóstico de I.C de los profesionales implicados en el proyecto.
Seleccionar indicadores a evaluar
Evaluar su registro.
Comunicar al EAP la situación detectada.
Propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tabaquismo.
HTA
Dislipemia
Diabetes
Insuficiencia Renal Crónica
Obesidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2019
Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Registros OMI'AP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICAR NECESIDADES PARA UNA ATENCION DE CALIDAD

2. RESPONSABLE PILAR SERRANO ANDRES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS DELICIAS NORTE
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGO HIJAR EVA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BASELGA MARISA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La importancia de la participación del usuario en todo el proceso de la Atención Primaria y Comunitaria, hace que pensemos en identificar las necesidades sentidas por la población y de esta forma poder gestionar una mejor calidad en nuestra asistencia.

Por otra parte, también nos parece interesante para esta mejora del servicio que cada profesional identifique las áreas de mejora, así como los problemas que si no se solucionan pueden llevarnos a un empeoramiento de la asistencia.

Hemos considerado la necesidad de colocar 2 buzones de sugerencias, uno para usuarios y otro para profesionales, así como un tablón de anuncios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Conseguir una mayor implicación tanto de profesionales como de usuarios.
2. Dar un servicio al usuario más eficiente.
3. Priorizar y dar solución tanto a las necesidades del usuario como a las del profesional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Colocar los buzones de sugerencias, y análisis de las mismas mensualmente.
2. Colocación de tablón de anuncios, actualizado semanalmente. Para mantener informados tanto a profesionales como usuarios.
3. Reuniones mensuales para analizar propuestas.
4. Puesta en común con el EAP para valorar y proponer intervenciones de mejora con respecto a las necesidades detectadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Test autoadministrados, tanto para usuarios como a profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo 2019: colocar buzones.
- De junio a Septiembre reuniones mensuales para analizar propuestas.
- Octubre, reunión con el equipo para proponer plan mejora.
- Semanalmente, revisar y actualizar tablón anuncios.

9. RECURSOS NECESARIOS.

2 buzones y un tablón de anuncios

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no tiene pq haber patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

2. RESPONSABLE EVA DOMINGO HIJAR
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO ANDRES PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LAGUNA MARTINEZ PATRICIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años estamos asistiendo a cambios demográficos relevantes con un incremento progresivo de personas con edades avanzadas, destacando aquellas que viven solas, con al aparición del fenómeno de soledad no deseada en nuestros mayores.

La mayor parte de la población del centro de Salud tiene más de 70 años. Creemos que hay un alto porcentaje de personas mayores que viven solas.

La soledad tiene un impacto en la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

El proyecto que se presenta pretende localizar a personas mayores que viven solas y han elegido seguir viviendo en su casa y que lo puedan hacer en condiciones de seguridad y bienestar.

La prioridad es reducir la soledad y el riesgo de aislamiento y exclusión social.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que se sienten solas en Delicias, disminuyendo los efectos de la soledad no deseada, incidiendo también en la prevención de situaciones de riesgo.

Identificar y cuantificar las personas en situación de soledad no deseada y riesgo de aislamiento social pertenecientes al Centro de Salud para intervenir en función de las necesidades que se detecten.

Establecer canales de comunicación, colaboración y coordinación con las entidades del barrio de Delicias que trabajan con el colectivo de personas mayores, para responder a la problemática social derivada de la soledad.

Conocer los recursos y proyectos de Delicias que puedan suponer oportunidades para las personas mayores que se sientan solas y ejercer un efecto positivo sobre su estado de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión informativa en el Centro de Salud presentando el proyecto y solicitando colaboración en la búsqueda de pacientes.

Colocación de carteles en la consultas para facilitar la búsqueda activa.

Realización de sesiones de trabajo de comunicación, colaboración de forma periódica con entidades del barrio (sistema sanitario, servicios sociales, centro cívico...) que trabajan con personas mayores para conocer los recursos de cada entidad y establecer mecanismos de coordinación integrada, conjunta y organizada de actuaciones.

Sensibilización en torno a la soledad no deseada

Fortalecimiento de redes de apoyo: vecindad, voluntariado, recursos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Numero de personas mayores de 70 años que viven solas

Número de personas mayores que viven solas y carecen del suficiente apoyo familiar y social

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer trimestre 2019 recogida de datos

Segundo trimestre 2019 selección de personas mayores vulnerables

Tercer y cuarto trimestre 2019 intervención

9. RECURSOS NECESARIOS.

Entidades del barrio que están trabajando con el colectivo

Voluntariado

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ancianos mayores de 70 años que viven solos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1030 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

2. RESPONSABLE NOELIA AGUIRRE ABADIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS DELICIAS SUR
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALINDO MORALES GEMA. FISIOTERAPEUTA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ PRIETO YASMINA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- COBOS MANCHON DAVID. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- ANTOÑANZAS SERRANO ALMA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- SOLA ANTON JOSE FERNANDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Aumento de casos de VG detectados en los primeros cursos de la ESO y en las revisiones del C. S. Delicias Sur . En reuniones con los colegios Andrés Manjón y Moreno Calvete han mostrado su preocupación por el tema y la necesidad de que se les hable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Que los niños de 12 años hayan trabajado la igualdad, respeto y prevención de la violencia de Género

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará un proyecto comunitario que consiste en :

- Reunirnos con los profesores de 6º de primaria para pactar los temas que creen más importantes a tratar
- Se realizará un cuestionario tipo test (que será una primera intervención)
- Se realizará una intervención en el colegio de aproximadamente 2 h con juegos y talleres
- Se volverá a realizar el test para ver lo que han mejorado

RECURSOS : Horas de trabajo con sustitución (para reuniones, preparación e intervención) . Las fotocopias correrán a cargo del colegio . El soporte será de presentación power point

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se valorará el cambio en los test

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año renovable

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos para preparación e intervención

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DEPRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS EN CS DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE PURIFICACION OCHOA MONEO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VALLE SALAZAR BEGOÑA. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las benzodiazepinas son un grupo de medicamentos con utilidad demostrada en procesos de ansiedad e insomnio y con limitaciones en su prescripción: duración, dosis y características de los pacientes. Se han observado en nuestro centro consumos por encima de lo esperado (DDD) lo que puede contribuir a un aumento de sus efectos secundarios y de dependencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo, evaluar consumo, y valorar deprescripción planteando alternativas al mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión clínica informativa con invitación a participar a los profesionales, (medicina y enfermería) dispuestos a profundizar y trasladar a sus pacientes la oferta de reducción de benzodiazepinas.
Formar grupo de trabajo y presentar resultados al resto de profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación basada (en colaboración con Servicio de Farmacia) en el consumo de Benzodiazepinas al año de iniciada la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista en Mayo 2.019/ corte a los 6 meses y al año

9. RECURSOS NECESARIOS.

La utilización de métodos alternativos a la prescripción medicamentosa puede requerir consultas mas frecuentes/ y de mas duración.
Necesidad de mas tiempo, tambien para las reuniones de grupo de trabajo.

10. OBSERVACIONES.

Se podrán utilizar documentos de información, cartas dirigidos a los pacientes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión ("no hacer")

Proyecto: 2019_1135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE NURIA GARCIA SANCHEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS DELICIAS SUR
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• NAVARRO RERO SILVIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• DUCE CAMACHO SONIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• RUBIO REMIRO MARIA OLGA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• FUERTES DOMINGUEZ AMPARO. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• CABRERIZO PEREZ DAVID. INFORMatico/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMatica

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza está adherido a los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) de la Comunidad Autónoma de Aragón. Durante las épocas de actividad gripal se ha descrito un incremento del uso de antibióticos, llegando hasta un 46% en niños diagnosticados de gripe; siendo un 36% de estas indicaciones innecesarias.

Aunque se conoce perfectamente la definición de caso clínico de gripe, los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar síntomas como cefalea, mialgias y dolor de garganta. Durante los primeros días de un cuadro gripal los niños pequeños pueden debutar como un cuadro de fiebre sin foco que requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa. La incertidumbre diagnóstica ante un cuadro gripal en pacientes menores de 3 años conduciría a una mayor prescripción de antibióticos, realización de radiografías de tórax, analíticas sanguíneas, de orina y derivaciones a urgencias hospitalarias.

Durante la pasada época epidémica de gripe (desde el 5 noviembre de 2018 a 25 de marzo de 2019), y teniendo en cuenta sólo a los niños menores de 4 años, se realizó un diagnóstico de gripe en 27 niños y 121 fueron diagnosticados de fiebre.

La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos, se ha descrito hasta un 70%, ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. También han disminuido la realización de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias.

Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor. Por ello, los resultados negativos de las pruebas rápidas deben interpretarse con precaución debido a la posibilidad de falsos negativos. La sensibilidad de la prueba depende en gran parte de la calidad de la muestra obtenida. El frotis nasofaríngeo es más sensible que el frotis nasal al obtener mayor contenido antigénico.

La prueba rápida disponible, que actualmente están utilizando en nuestro hospital de referencia (SD Influenza Ag A/B/A(H1N1) Pandemic) tiene el código SERPA 16525. Cada caja cuesta 266 euros y contiene 25 test.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo general:

Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 4 años

Objetivos específicos:

- Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 4 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
- Reducir la realización innecesaria de pruebas complementarias como radiografías de tórax, analíticas de sangre o de orina. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
- Investigar la correlación entre el diagnóstico de gripe por criterios clínicos o con confirmación mediante TDRI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El TDRI se realizará en menores de 4 años si al disponer de una prueba positiva se modificarían las actuaciones subsiguientes.

Durante las semanas epidemiológicas 45 a 13, es decir, entre el 5 de noviembre y el 25 de marzo, época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 4 años con fiebre o sospecha clínica de gripe.

La muestra obtenida se realizará mediante un frotis nasofaríngeo.

El test se realizará, a las 12 -48 horas del inicio de la sintomatología. Nunca antes de 12 horas de evolución de la fiebre.

Un TDRI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. Los pacientes con un TDRI negativo serán evaluados y seguidos de la forma habitual en estos casos.

Proyecto: 2019_1135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de niños menores de 4 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.
- % de niños menores de 4 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.
- % de utilización de antibióticos en niños menores de 4 años con TDRI positivo.
- % de utilización de pruebas complementarias o derivación a urgencias en niños menores de 4 años con TDRI positivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: Presentación del proyecto al EAP.

Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.

Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.

Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión de indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La prueba rápida disponible, que actualmente están utilizando en nuestro hospital de referencia (SD Influenza Ag A/B/A(H1N1) Pandemic) tiene el código SERPA 16525. Cada caja cuesta 266 euros y contiene 25 test.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Gripe
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE MANUEL ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LANAU BELLOSTA NOELIA. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- COOMONTE TUNEZ PABLO. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- VALLE SALAZAR BEGOÑA. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- DEL PUEYO PARRA MARTA. MIR. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- MENGUAL GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A RAÍZ DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EN JUNIO DE 2018 SE REALIZÓ FORMACIÓN A MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN EL CENTRO DE SALUD (DOTADO DE ECÓGRAFO). DESDE ENTONCES SE HAN IDO REALIZANDO ECOGRAFÍAS CON EL OBJETO DE AMPLIAR LA EXPERIENCIA EN ESTE CAMPO. LA ECOGRAFÍA ES UNA TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO, NO INVASIVA, CUYA UTILIDAD EN CUALQUIER ENTORNO CLINICO NO OFRECE DUDAS EN EL MOMENTO ACTUAL. EN UN CONTEXTO CLINICO CONCRETO PUEDEN MEJORAR LAS DECISIONES Y ACTUACIONES DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. EVALUAR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN.
2. VALORAR LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN INDICACIONES CONCRETAS COMO:HEMATURIA, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, ALTERACIONES TIROIDEAS, SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR..EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
3. INTENTAR EXTENDER EL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL MAYOR NÚMERO DE FACULTATIVOS DEL CENTRO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. ORGANIZATIVAS: CREACIÓN DE AGENDA ESPECÍFICA PARA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS ACCESIBLE A TODOS LOS FACULTATIVOS DEL CENTRO.
2. FORMACIÓN: CURSO ESPECÍFICO PARA TITULARES DEL CENTRO DE SALUD. REALIZACIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS EN SERVICIOS DE ECOGRAFÍA DURANTE LA FORMACIÓN MIR.
3. REALIZACIÓN DE SESIONES CLINICAS A LO LARGO DEL AÑO (AL MENOS 2) PARA VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL PROYECTO Y CON FINALIDAD MOTIVACIONAL.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. NÚMERO DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS
2. CUANTIFICACIÓN DE LAS ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN CADA CUPO.
3. INDICACIONES DE CADA ECOGRAFÍA.
4. HALLAZGOS EN CADA ECOGRAFÍA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

UN AÑO (DE ABRIL DEL 2019 A ABRIL DEL 2020) PRORROGABLE.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. SALA ACONDICIONADA PARA LA REALIZACIÓN CON DOTACIÓN DE ECÓGRAFO Y ORDENADOR CON ACCESO A OMI.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA TIROIDEA, ABDOMINO-PÉLVICA, MUSCULOESQUELÉTICA, VASCULAR.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DE LAS TIRAS REACTIVAS DE ANALISIS DE ORINA PARA LA AYUDA EN EL DIAGNOSTICO EN LA POBLACION PEDIATRICA DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PULIDO HERRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUERTES DOMINGUEZ AMPARO. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DUCE CAMACHO SONIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RUBIO REMIRO MARIA OLGA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO RERO SILVIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SANCHEZ NURIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RAMOS ALVAREZ MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tenemos la impresión subjetiva de que las tiras reactivas para análisis de orina de las que disponemos en la actualidad no son útiles para la ayuda en el diagnóstico en nuestra población, en contraste con las que disponíamos anteriormente que las considerábamos subjetivamente fiables.
Dada la incertidumbre que nos supone el uso de este tipo de tiras, queremos investigar objetivamente su precisión diagnóstica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Evaluar la precisión de las tiras reactivas
Objetivos secundarios: Explorar la variabilidad de interpretación inter pares (enfermería)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Protocolizar el método de uso de las tiras reactivas por el personal de enfermería
Realizar la lectura de los distintos parámetros de la tira disponible por 2 enfermeras de manera independiente
Realizar la lectura de los distintos parámetros de la tira utilizada en el laboratorio de referencia (HCU) por 2 enfermeras de manera independiente
Comparar los valores obtenidos para explorar la variabilidad entre pares y la concordancia entre los dos tipos de tiras (disponible y referencia)
Analizar la orina utilizada mediante tira en máquina y sedimento urinario(patrón oro)
Comparar los resultados de ambos tipos de tira con el patrón oro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador: comparación inter pares de los resultados de la tira orina misión (Centro de Salud)
Evaluación: Para los 4 indicadores habituales en AP :porcentaje de concordancia inter pares
Indicador: comparación resultados de la tira de orina misión con resultados tira orina hospital menarini
Evaluación: si / no Para los 4 indicadores habituales en AP :porcentaje de concordancia
Indicador: comparación de resultado de tira de orina misión con resultado de sedimento (patrón de oro)
Evaluación: si / no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: solicitud proyecto de calidad.
Mayo: Intervención
Junio-Octubre 2019: comparación de resultados y evaluación de los mismos
Noviembre 2019: publicación de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Tiras de orina hospital clínico y tiras de orina misión
- Botes recogida orina estéril.

10. OBSERVACIONES.

Responsables: Todo el equipo pediátrico

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES QUE CURSAN CON ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS URINARIOS
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SANCHEZ NURIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO ASENSIO LOURDES. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO RERO SILVIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.
3. Dar una sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del Consejo de Salud de la zona

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 20,8% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Revisar adecuación de la prescripción de Azitromicina prescrita en 2018
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
- Elaboración de material sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes
- Realización de la sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

Abril- Reunión con el Consejo de Salud

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Octubre-Noviembre: sesión en el consejo de salud sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡CONOCENOS!

2. RESPONSABLE GEMA GALINDO MORALES
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS DELICIAS SUR
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
• CERON MACHADO PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS DELICIAS SUR. SALUD BUCODENTAL
• VILLANOVA LANUZA AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
• MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• BORRAJO GONZALEZ BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
• CANET FAJAS CARLOTA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
• SANCHEZ PRIETO YASMINA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Es una necesidad sentida de los profesionales sanitarios del centro de salud y de los centros educativos el desconocimiento que tienen los niños de primaria sobre los profesionales del centro de salud y las diferentes labores que realizan, lo que en ocasiones les provoca desconfianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria.

Además, desde determinados centros educativos nos informan de que es conveniente reforzar los hábitos básicos saludables de los escolares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dar a conocer a los niños de 2º curso de educación primaria de los colegios de la zona básica de Delicias Sur, el centro de salud y los diferentes profesionales que trabajan en él, así como las funciones/actividades que realizan. Apoyar a los centros educativos reforzando los hábitos saludables básicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Actividades de organización:

1.1. Comunicación con el centro educativo para explicar y ofrecer el proyecto.

1.2. Comunicación con el centro educativo para planificar los temas de salud que necesiten que reforcemos desde el centro de salud.

1.3. Comunicación con los tutores de los cursos que vayan a participar en el proyecto para preparar los aspectos que tendrían que trabajar en clase previa a la intervención con los niños.

2. Preparación:

2.1. Elaboración del material audiovisual que vamos a utilizar en el proyecto.

2.2. Preparación de los talleres y juegos para dar a conocer el centro de salud y los hábitos saludables.

3. Actividades de intervención:

3.1. Intervención a través de una visita de los niños al centro de salud que constará de una visita guiada por el centro de salud conociendo a los diferentes profesionales y posteriormente la realización de talleres en relación al proyecto.

4. Actividades de comunicación:

4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.

4.2. Difusión a los miembros del EAP Delicias Sur.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Indicador cuantitativo: encuestas realizadas antes y después de la intervención.

2. Indicador cualitativo: Sensación/opinión de los profesores y de los propios niños a través de dibujos, etc.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril/Mayo 2019: Elaboración de los medios audiovisuales, encuestas y preparación de los talleres. Todos los colaboradores.

Septiembre /19: Comunicación a Dirección Enfermería y EAP. Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Inicio intervenciones. Gema Galindo. Noelia Aguirre. Aurora Villanova. José María Mengual. Pilar Cerón.

Junio/19 Fin de las intervenciones

Julio/19 Evaluación del proyecto y finalización del mismo. Todos los colaboradores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡CONOCENOS!

- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños sanos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0968 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA, EN UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA

2. RESPONSABLE MARIA OLGA RUBIO REMIRO

- Profesión PEDIATRA
- Centro CS DELICIAS SUR
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YETANO LARRAZABAL IORITZE. PIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
- CONDE JIMENEZ DOLORES. PSICOPEDAGOGO/A. IES JERONIMO ZURITA. PSICOPEDAGOGIA
- MENGUAL GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- GARCIA SANCHEZ NURIA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- FUERTES DOMINGUEZ AMPARO. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
- AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se observa en los últimos años, un aumento de prevalencia de conducta autolesiva en adolescentes. Se detectan una serie de casos en un Instituto de Educación Secundaria a los que se imparten unos talleres de psicoeducación emocional, como prevención secundaria. Se comprueba un resultado satisfactorio y se recoge el interés en la continuidad de estas acciones a nivel educativo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Prevención secundaria sobre casos detectados de conducta autolesiva en alumnos de un instituto de Educación Secundaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Detección de casos de conducta autolesiva que demandan atención psicopedagógica en IES Jerónimo Zurita.

Formación de grupo de casos.

Realización de Talleres de psicoeducación semanal de una hora de duración, durante un mes.

Contenidos de formación:

- 1-Psicoeducación de la ansiedad.
 - 2-Terapia cognitiva.
 - 3-Fortalecimiento de la autoestima.
 - 4-Educación en asertividad, comunicación y empatía.
- Método teórico y de role playing.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Casos de demanda de atención psicopedagógica al profesional especializado en el instituto.

Acción de prevención secundaria.

Evaluación por medio de Feed-back tras sesiones.

Recogida de demandas de acción futuras.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

4 sesiones con periodicidad semanal de una hora de duración, durante el mes de Junio de 2018

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acción de captación de casos por la Psicopedagoga del IES Jerónimo Zurita.

Desarrollo del plan teórico-práctico de formación.

Talleres psicoeducativos en un aula del IES.

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto corresponde a su realización en el año 2018. Se reenvía al no encontrarse el registro anterior.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0982 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACIÓN DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN

2. RESPONSABLE ALBA GALLEGO ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR. PEDIATRA. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO CONTIN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de nuestra práctica diaria en la zona básica de salud de Ejeja de los Caballeros, observamos un alto porcentaje de pacientes con consumo de alcohol excesivo. Dicho consumo, es asumido por la población general como "normal" y, excepto en ocasiones muy llamativas, con consumos muy excesivos, no es consultado ni por el propio paciente ni por los familiares.

Dentro de la comunidad, impresiona de la existencia de un tabú sobre el tema. A pesar de las múltiples campañas nacionales por parte de las instituciones, ha aumentado en los últimos años por la llegada de población joven inmigrante con consumo excesivo previo o, población joven sin consumo previo pero con escaso apoyo familiar actualmente y que se ha refugiado en el consumo como forma de socialización. Por lo tanto, destacan dos núcleos de población de riesgo: personas con un consumo excesivo desde la juventud que lo asocia a "consumo normal" y población joven inmigrante que utiliza el alcohol como forma de sociabilización.

Valoramos ese consumo excesivo calculando el número de gramos de alcohol por semana (Varones > 280 y Mujeres > 168). En muchas ocasiones, este consumo no se observa como un problema, y es descubierto por parte de los sanitarios a partir de alteraciones en pruebas complementarias como elevación de GGT, VCM o Triglicéridos.

Dentro de la comunidad, la asociación ACVAAR (Asociación Cinco Villas Alcohólicos y Adictos Rehabilitados), asentada en Ejeja desde 1993, realiza diversas actividades de apoyo y ayuda mutua durante el proceso de deshabituación que en muchas ocasiones es desconocida para parte del equipo de atención primaria (EAP).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dada la problemática actual en nuestra zona básica de salud, nos parece pertinente incidir durante este próximo año en conocer y diagnosticar a la población de riesgo de esta patología. Inicialmente, con un periodo de valoración de si las hipótesis generadas por el equipo de atención primaria sobre la población de riesgo son correctas y posteriormente continuar con el proyecto en sí o adecuarlo a la población en riesgo actual.

Los resultados que esperamos son aumentar el diagnóstico de los pacientes (realizar el protocolo de hábitos tóxicos con el cálculo de gramos de alcohol/semana, y si es mayor realizar el test CAGE), etiquetarlos con su correspondiente código CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL) y realizar la recomendación de activos (Asociación ACVAAR) para apoyar en la deshabituación, si así lo quieren, o darles la información por si posteriormente quisieran solicitar ayuda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

FASE 1
Reunión de equipo: Realizar valoración de hábitos tóxicos, calculando el número de gramos y el test CAGE si hay consumo excesivo.
Sesión clínica impartida por la asociación a todo el equipo de atención primaria. Feedback por parte del equipo de atención primaria hacia la asociación.
Iniciar la recomendación de activos.
FASE 2
Analizar los datos demográficos de los pacientes etiquetados con el código CIAP P15. Valorar la población de riesgo de nuestra población.
Reunión con ACVAAR para la realización de actividades dirigidas a esa población de riesgo (derivación mediante la recomendación y comunicación con el referente, coordinación con salud mental, referentes de la comunidad como traductores para población extranjera...).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Abril de 2019 hasta Junio respecto al Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Enero 2019 hasta el mes de Marzo de 2019.
- Número de paciente con diagnóstico CIAP P15 a los que se le ha realizado la recomendación de activos ACVAAR.
- Porcentaje de pacientes que han acudido a la ACVAAR con la hoja de recomendación de activos del centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo: Inclusión del activo en la herramienta de búsqueda de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

Proyecto: 2019_0982 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

- Abril-Junio: Inicio de recomendación. Formación al equipo por parte de ACVAAR.
- Julio-Septiembre: Evaluación de la población de riesgo mediante datos demográficos. Valoración de viabilidad de hipótesis inicial sobre población de riesgo.
- Octubre-Diciembre: Reunión entre asociación y grupo de atención comunitaria del centro para iniciar actividades dirigidas a la población de riesgo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Apoyo al equipo de atención comunitaria del EAP.
- Formación en alcohol y perfiles de riesgos al EAP.
- Apoyo por parte del EAP a ACVAAR en la realización de actividades dirigidas a la población. Participación en prevención de alcohol en población joven de la zona básica de salud.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL)
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE EJE A DE LOS CABALLEROS

2. RESPONSABLE KATHARINA LABORDA EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJE A DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJE A DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CANALES CRISTINA. MEDICO/A. CS EJE A DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ FENOLLE PILAR. PEDIATRA. CS EJE A DE LOS CABALLEROS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· OTIN BENEDI DAVID. ENFERMERO/A. CS EJE A DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,4 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 22,9% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEJA DE LOS CABALLETOS

2. RESPONSABLE RAQUEL LLERA GUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARES CAMELIA VALENTINA. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ESPESO EZQUERRA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MONLEON SANZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE REY PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CASALE VILLA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· BARRIOS MIGUEL MONICA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El abordaje de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población plantean la necesidad de reorientar los sistemas de atención sanitaria hacia un cambio de enfoque centrado en las personas, las necesidades de la población, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente garantizando la continuidad en los cuidados y adaptándose a la evolución de la enfermedad en el paciente favoreciendo su autonomía.
Esta estrategia plantea un proyecto centrado en la atención al Paciente Crónico Complejo, identificando a cada paciente, su nivel de necesidad y facilitando la provisión de intervenciones específicas y adecuadas a dichas necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Ofrecer máxima accesibilidad a paciente y cuidadores a su EAP y establecer programa de seguimiento para minimizar el riesgo de descompensaciones.
-Se proponen intervenciones individualizadas y continuadas con abordaje multidisciplinar, actuaciones proactivas y preventivas
-Crear un circuito de forma coordinada : EAP- Unidad Cronicidad
-Intervenir en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
-Mejorar la salud, disminuir el nº de ingresos, disminuir nº de asistencias urgencias y mejorar la calidad asistencial

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión equipo: explicar al equipo el programa PCC
Etiquetaje en OMI de los pacientes y realización protocolo acogida,
Identificación, valoración y seguimiento
Atención a las descompensaciones
Creación circuito EAP- UCA
Cursos formación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº sesiones realizadas
% pacientes etiquetados
% pacientes protocolo acogida realizado
% pacientes atendidos unidad cronicidad (consulta telefónica, atención hospital de día o consulta programada)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero a Diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.
Formación PCC

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatología
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGIA MENOR E INFILTRACIONES

2. RESPONSABLE FERNANDO LAHOZ GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
- Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- NDJOU OU MURILLO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- SANCHO VICIEN ELENA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- EZQUERRA CADEVILLA MARIA VICTORIA. CELADOR/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- CASALE VILLA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- AURIA SORO LORENA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
- LOGROÑO LAFUENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dada la gran lista de espera con la que actualmente contamos en nuestro sector para las consultas de dermatología, rehabilitación, COT y fisioterapia nos hemos planteado la realización de consultas monográficas de cirugía menor e infiltraciones para intentar disminuir dichas listas y mejorar la a calidad asintencial hacia nuestros pacientes. Según la cartera de prestaciones de la Seguridad Social se incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no requieren ingreso, conforme protocolos establecidos y la organización propia de cada centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proporcionar habilidades y herramientas básicas a los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria para facilitar la realización de infiltraciones y cirugía menor .

Disminuir pacientes en espera de consultas patología osteomuscular

Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante técnicas de cirugía menor

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reunión equipo: Explicar consultas monográfica de Cirugía Menor e Infiltraciones, a quién, qué y como derivar.

Citación de los pacientes. Formación del equipo responsable de la consulta. Formación al resto del equipo mediante sesiones

Derivación de los pacientes que requieran dichas consultas:

- Cirugía menor: anestesia tópica/ocal/regional, punción drenaje de abscesos, extracción de cuerpos extraños, escisión tangencial (afeitado/curetaje), escisión cilíndrica o punch, escisión fusiforme de lesiones superficiales y subcutáneas benignas, cirugía menor de la uña, crioterapia, electrocirugía
- Infiltraciones: Hombro doloroso, epicondilitis, trocanteritis, bursitis prerotuliana y gonartrosis (artrocentesis), talagias (espolón, fascitis plantar), rizartrosis...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº sesiones impartidas al equipo sobre infiltraciones y cirugía menor

Nº pacientes referidos a las consultas monográficas: infiltraciones y cirugía menor

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero-Diciembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Formación en habilidades de Cirugía menor e infiltraciones

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VISIBILIZAR LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO CONTIN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ FENOLLE PILAR. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO SERRANO ISABEL. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2018 se ha llevado a cabo el proyecto "Detección de la violencia de género en el CS Ejeja". Se organizaron acciones formativas, entre ellas 2 sesiones impartidas por Médicos del Mundo acerca de "Mutilación Genital Femenina" y "Detección de víctimas de trata con fines de explotación sexual", a las que acudieron muchos profesionales del EAP. Pero a pesar de ello, observamos que el número de casos de VG detectados y registrados en OMI (con el código Z12) ha sido sólo 5 en todo el año 2018. Creemos que preguntando a las mujeres que acuden a la consulta sería posible detectar más casos, que conozcan los recursos de que disponen, derivarlas a Trabajo Social (del ayuntamiento o de la comarca, en el CS Ejeja no hay trabajadora social). Conviene transmitir a todos los profesionales del EAP la importancia de ser más activos en la detección, porque a las víctimas de VG no diagnosticadas, no se les puede ayudar...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Recordar que la VG es un problema de salud, ya que:

-Pone en peligro la integridad física y psíquica de quienes la sufren
-Las víctimas con frecuencia consultan por crisis de ansiedad, depresión, cefalea, abdominalgia u otros síntomas que son secundarios a la situación que están viviendo.

Transmitir al resto de profesionales del EAP la necesidad de diagnosticar el mayor número de casos de VG, para poder así ofrecer los recursos disponibles a quienes sufren VG.

Dar a conocer al EAP los instrumentos que hay en OMI para hacer valoración y seguimiento de los casos diagnosticados.

Poner la consulta de Bienestar Emocional que funciona en Ejeja a disposición de quienes se puedan beneficiar de ella. Contactar con el Servicio de Igualdad de Ejeja de los Caballeros para valorar organizar una sesión sobre "Buen trato" abierta a la población.

Mejorar la comunicación entre los Servicios Sociales y el Centro de Salud a través del correo electrónico.

Favorecer el diálogo sobre VG de los pacientes con sus médicos y enfermeras de atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión al EAP para recordar que la VG es un problema de salud, transmitir la necesidad de diagnosticar y registrar el mayor número de pacientes e informar de los recursos que hay en OMI para hacer la valoración y seguimiento de los casos de VG

Ofertar el servicio "Consulta de bienestar emocional" a los pacientes con diagnóstico de VG, una vez hayan sido valoradas por su médico de atención primaria. Si éste ve que en ese momento no precisan derivación a salud mental o tratamiento de la ansiedad o depresión, y sí se pueden beneficiar de aprender herramientas de gestión emocional. Sesión abierta a la población acerca de "Buen Trato", para que todas las personas interioricen que pueden y deben exigir que se las trate con respeto.

Facilitar las direcciones de correo electrónico de los médicos y enfermeras del EAP a los trabajadores sociales del Ayuntamiento y de la Comarca, y viceversa.

Colocar en las consultas posters acerca de VG que animen al diálogo de los pacientes con sus médicos y enfermeras de atención primaria.

Mejorar la detección de casos de VG a través de encuestas a las mujeres mayores de 14 años que acudan solas al CS, pasadas por ejemplo los días 25 de cada mes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Sesión de recordatorio al EAP: Sí/No

Sesión acerca de VG-Buen trato dirigida a toda la población de Ejeja: Sí/No

Actualización direcciones de correo electrónico EAP-Servicios Sociales: Sí/No

Presencia en las consultas de AP de posters acerca de VG: %

Casos de VG detectados a lo largo de 2019: Superior a los detectados en 2018.

Proyecto: 2019_1450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VISIBILIZAR LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión de recordatorio al EAP: Mayo 2019
Actualización direcciones de correo electrónico EAP-Servicios Sociales: Mayo 2019
Oferta de posters para colocar en las consultas: Mayo-Junio 2019
Sesión acerca de VG-Buen trato dirigida a toda la población de Ejeja: Según disponibilidad de ponente
Encuestas para detección de VG pasadas los días 25 de cada mes desde junio hasta diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VIOLENCIA DE GENERO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2019_1488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

2. RESPONSABLE CAMELIA VALENTINA MARES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· OTIN BENEDI DAVID. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ESPERO EZQUERRA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Sabemos que la prevalencia de los pacientes que acuden al CS con percepción de malestar emocional está en 9-19,5%(1). Desde los CsS se detecta una excesiva medicalización del malestar emocional y de los trastornos adaptativos reactivos a los "problemas de la vida diaria" lo que contribuye a un aumento en la prescripción de fármacos, de bajas laborales y derivaciones de "problemas mentales menores" a AE en busca de apoyo y ttº(2). El consumo de tabaco causa mas de 6 millones de muertes prematuras/año en el mundo, 700.000 en Europa y 60.000 en España. A pesar de ser una gran amenaza para la salud, existe un gran desinterés por parte de las autoridades sanitarias para intervenir de modo coherente frente a este problema teniendo en cuenta que tenemos medidas eficaces para su ttº. Las intervenciones sobre el tabaquismo, si se llevan a cabo en el momento oportuno y de forma efectiva, reducen significativamente el riesgo de los fumadores de padecer enfermedades atribuibles a esta causa. La práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos sobre la salud psicológica. Los pacientes que realizan ejercicio regularmente tienden a percibir menor nivel de estrés y una mejoría del estado de ánimo así como una percepción de un mayor grado de salud.

(1)Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de los Trastornos de Ansiedad en AP.GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.Madrid,2008. (2) Castelló Atención a las personas con malestar emocional. Relacionado con condicionantes sociales en AP. FoCAP. Noviembre, 2016

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Entrenar habilidades de comunicación motivacional y de gestión emocional para la promoción y prevención de la Salud en la consulta de AP.

Implementar el uso de herramientas básicas de manejo del malestar emocional, aumentando la capacidad de autocuidado y gestión emocional de los pacientes con síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en AP.

Fomentar la actividad física entre la población general, como un elemento de autocuidado y de mejora de la salud psicológica.

Ver la dependencia del tabaco como una enfermedad crónica. Animar a los profesionales de salud a que hagan intervenciones en los fumadores : preguntar por el consumo, crear episodio en OMI(test de Richmond para valorar la motivación y Fagerstrom para valorar la dependencia),consejo breve para dejar de fumar, terapia conductual y medicación apropiada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Reunión de equipo: Explicar la consulta de Bienestar Emocional y de deshabituación tabáquica y la recomendación de activo "actividad física", a quién, qué y cómo derivar. Hoja de interconsulta y de recomendación de activos. Inicio de la derivación. Citación desde una agenda específica desde admisión. Formación de los miembros del equipo que responsable de la consulta: En Bienestar emocional: formación de 4 sesiones al equipo sobre las herramientas que se van a enseñar en la consulta que son: técnicas de respiración y relajación, entrenamiento asertivo, técnicas para mejorar el insomnio, técnica de resolución de problemas.

Respecto a las actividades físicas en el centro de salud: Se implementará en una primera fase la realización de actividad física en la población mediante la creación de un proyecto piloto de "Paseos saludables" donde además de la actividad en sí, se aprovechará una parte de la misma para realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables y conceptos de bienestar emocional.

2. Derivación de pacientes con abuso del tabaco y motivación media -alta (7-10 puntos en Fagerstrom) para información, valoración de tratamiento farmacológico y planificación de seguimiento y derivación de pacientes con sintomatología ansiosa, insomnio o síntomas depresivos reactivos a "los problemas de la vida" para el aprendizaje de técnicas de respiración, relajación, hábitos higiénicos-conductuales para la mejora del insomnio y técnicas de restricción y registro del sueño, técnicas de resolución de problemas y seguimiento del programa online del Salud Mastermind "supera tu depresión" que se trata de una herramienta on-line de TCC (Terapia Cognitivo Conductual) que consta de 8 módulos, cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y

Proyecto: 2019_1488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.

Respuesta al responsable del paciente, medicina o enfermería de cada visita con una respuesta y consejo de seguimiento en la hoja de interconsulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Nº sesiones impartidas al equipo sobre bienestar emocional, deshabituación tabáquica y sobre la actividad grupal paseos saludables. -Número de pacientes referidos a las consultas monográficas (bienestar emocional y deshabituación tabáquica) y el número de pacientes que realizan la actividad grupal paseos saludables de forma habitual (Acuden por lo menos a 2 sesiones mensuales).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero-Abril: Sesiones formativas. Enero-noviembre: derivación de pacientes e inicio de actividad paseos saludables. Diciembre: evaluación de indicadores anteriormente citados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Formación en herramientas de bienestar emocional y deshabituación tabáquica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA INFORMACION PARA PACIENTES, ESCALAS MEDICAS Y ALGORITMOS DE URGENCIAS VITALES, USADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE MARIA PAOLA LIEVANO SEGUNDO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS EPILA
• Localidad EPILA
• Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TRUEBA INSA SANTIAGO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
• GOMEZ BERNAL FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
• VILARIÑO ROMERO BEATRIZ. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante la consulta hacemos uso de varias fuentes de información, utilizamos escalas médicas para graduar la severidad de síntomas y presentación de patologías, que pueden ayudar en la toma de decisiones para definir tratamiento o su derivación.

Igualmente la información que se suministra a los pacientes durante la consulta en la mayoría de las ocasiones se hace de forma verbal, en muchas patologías se hace indispensable entregar por escrito las recomendaciones (por ejemplo dietéticas), definición de su patología o signos de alarma, siendo las hojas de información una herramienta fundamental en la calidad asistencial.

En el programa OMI contamos con algunas hojas de información para patologías frecuentes pero hacen falta en algunos casos, y en otras especialidades médicas manejan hojas que no son fáciles de encontrar en la intranet.

Por todo ello, hemos planteado la necesidad de mejorar el acceso a toda esta información, teniendo de alguna manera un acceso organizado, fácil y rápido.

Con este proyecto buscamos mejorar la calidad de la atención médica con la entrega de hojas de información, mejorando la toma de decisiones mediante escalas médicas y teniendo de forma visible algoritmos usados en urgencias vitales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la información que reciben los pacientes sobre las recomendaciones que debe seguir teniendo en cuenta su patología, pronóstico, cuidados y signos de alarma.

Facilitar el desarrollo y posterior toma de decisiones en la consulta de urgencias mediante escalas.

Acceso rápido al algoritmo de patología vital para todo el personal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Hojas de información:

- Definir mediante un listado las patologías más frecuentes en urgencias de nuestro centro de salud en adultos y niños.
- Realizar las hojas de información teniendo en cuenta que si existen en el OMI no duplicar esta información, y en caso que no exista valorar el uso de información recomendada según sociedades científicas.
- Crear el archivo en formato PDF, con un índice de fácil consulta y acceso.

Escalas medicas:

- Definir mediante un listado las escalas más utilizadas en patologías frecuentes en adultos y niños. Copiar las escalas teniendo en cuenta guías actualizadas.
- Crear el archivo en formato PDF, con un índice de fácil consulta y acceso.
- Imprimir varias copias para el centro.

Algoritmo de emergencias vitales:

- Revisar últimas versiones de algoritmos urgencias vitales adultos y pediatría.
- Crear el archivo en formato PDF, con un índice de fácil consulta y acceso.
- Imprimir varias copias para el centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de hojas de información realizadas, al menos 15 hojas (80%) de información del listado de patologías comunes en urgencias adultos y niños no incluidas en el OMI.
- Encuesta de satisfacción y utilidad valoradas por los pacientes o familiares, que se realizara de forma aleatorizado los siguientes 3 meses (Nivel de Utilidad de 1 a 10).
- Encuesta de uso de las hojas con escalas y algoritmo por todo el equipo después de 3 meses de entregado (Nivel de Utilidad de 1 a 10).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA INFORMACION PARA PACIENTES, ESCALAS MEDICAS Y ALGORITMOS DE URGENCIAS VITALES, USADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

Primera reunión en Mayo 2019.
Entregar archivos y copias impresas en Septiembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA/FOLLETO PARA FOMENTAR LA VIDA SANA

2. RESPONSABLE SONIA FAJARDO SOUTULLO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS EPILA
- Localidad EPILA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA CASCAN KARINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS EPILA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- IZQUIERDO RIOS CRISTINA. PEDIATRA. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- RUBIO PICO JOSEFA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. La causa más frecuente es la aterosclerosis que puede desencadenar en ataques al corazón o accidentes cerebrovasculares (ACV). Cuyos factores de riesgos modificables son el tabaquismo, la mala alimentación, la obesidad, la inactividad física y el consumo abusivo de alcohol. Por otro lado encontraremos los no modificables como la edad, sexo y genética. Estos factores pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, diabetes (hiperglucemia), hiperlipidemia y obesidad que son indicativos de un aumento del riesgo. Por ello, la atención primaria es primordial para el control y seguimiento de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Concienciar a la población de La Muela la importancia de los hábitos saludables para reducir el riesgo cardiovascular. Por lo tanto es necesario fomentar:

- El ejercicio físico.
- El consumo de frutas y hortalizas.
- La reducción de sal y grasas en las comidas.
- Evitar/cesar el consumo de tabaco y alcohol.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará un folleto o guía en la que se resumirá mediante frases e imágenes la importancia de una vida saludable. Estos folletos se dejarán a disposición de los pacientes en la sala de espera del centro y también se facilitarán en consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En una fecha fijada se repartirán los folletos y en un tiempo determinado se analizarán los resultados mediante la aplicación OMI. En el cual se tendrá en cuenta si ha habido mejoría o no en el peso, tensión arterial, glucemia, control lipídico, actividad física, alimentación y cese o no del consumo de tabaco y alcohol en los pacientes que han acudido a consulta para el control de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En Mayo/Junio de 2019 se empezarán a elaborar los folletos. Se prevé que para el mes de Julio del mismo año se podrán empezar a repartir. A partir de esta última fecha se iniciarán o seguirán (para los pacientes que ya acudían previamente) los controles de tensión, glucemia, peso, etc. hasta el 31 de Enero del 2020. A continuación en el mes de febrero del 2020, se recogerán los datos del OMI y se analizarán los resultados. De estos resultados se determinará si los folletos han servido como canal para concienciar a los pacientes o no.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesaria la implicación de los profesionales y pacientes. Se necesitará material de papelería para elaborar la guía/folleto y recursos informáticos para registrar los datos y analizar los resultados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· FAJARDO SOUTULLO SONIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HERRERO MARTIN ELENA PILAR. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTIN GASPAR CARMEN. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO PICO JOSEFA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En ocasiones nos ocurre que se derivan avisos a domicilio para Enfermería de Atención Continuada en los cuales falta información ya que no sabemos si hay que llevar material o éste se encuentra en el domicilio. También ocurre que cuando una cura se prolonga en el tiempo solamente consta en OMI "Consulta Sucesiva: cura de úlcera" de forma que no sabemos si se ha cambiado el tratamiento o sigue con el inicial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la enfermera de atención continuada.

Mejora de la comunicación entre la enfermera del EAP y la enfermera de Atención Continuada.
Evitar la falta de material a la hora de realizar una cura a domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una reunión con las enfermeras del EAP y las enfermeras de Atención continuada para explicar el nuevo método de derivación de avisos domiciliarios donde deberá constar: tipo de cura o actividad a realizar, material con el que se realiza la cura actualmente, la existencia de material en el domicilio y material necesario que hay que llevar.

Se elaborará un registro de avisos donde se anotará si están todos los datos completos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de avisos completos/ Número de avisos total

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril 2019 : Reunión enfermería y elaboración de registros.

Abril 2019: Puesta en marcha del proyecto

Enero 2020: Evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la Enfermera de Atención Continuada

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

2. RESPONSABLE SARAY FRANCO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ IGUAZ SUSANA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· GALAN BURILLO NURIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las situaciones de urgencia exigen tener preparado todo el material que podamos necesitar para una asistencia rápida y adecuada. Muchas veces nos encontramos con falta de fármacos o de material de cura entre otros, lo que ocasiona una atención deficitaria. En el peor de los casos esa falta de material puede ocurrir en un domicilio urgente, con consecuencias más graves.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, incluyendo carro de paradas y maletín para asistencia domiciliaria. Implicar a todo el equipo en el mantenimiento de la sala de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar una plantilla para designar las tareas a realizar por cada profesional al entrar a la guardia, que serán diferentes cada día. En la plantilla habrá explicaciones sobre dichas tareas. Se dará a conocer al equipo mediante un corre interno.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Cumplimiento de la plantilla del reparto de tareas en el Centro de Salud (SI / NO)
? Incidencias detectadas en el documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
? Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de Marzo elaborar el formulario y darlo a conocer al equipo.
Desarrollo del proyecto de Abril a Diciembre.
En Enero realizar la evaluación.

9. RECURSOS NECESARIOS.
No precisa de ningún recurso

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología urgente
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0524 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AFRONTAMIENTO DE LA SITUACION DE ULTIMOS DIAS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA ANTE PACIENTES CANDIDATOS A ACTITUD PALIATIVA

2. RESPONSABLE SANTIAGO TRUEBA INSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO GARCIA SARAY. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA
· LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA
· MARTINEZ IGUAZ SUSANA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA
· GOMEZ BERNAL FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA
· FRANCO GARCIA NAIARA. PSICOLOGO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El envejecimiento poblacional cada vez más acusado en los municipios rurales, trae consigo un aumento exponencial del número de pacientes frágiles; entendiéndose como frágil a aquel paciente con alta probabilidad de desestabilización clínica o fallecimiento ante pequeños estresores. Esto conlleva a una situación cada vez más frecuente para el médico de Atención Primaria donde debe atender al paciente que ha entrado en situación de últimos días (situación de preagonía y agonía) y necesita una serie de conocimientos técnicos, material y actitud para conseguir paliar el sufrimiento físico y emocional del paciente y su entorno.

El Centro de Salud de Epila carece de un protocolo de actuación ante este tipo de pacientes, basándose en los conocimientos que tiene cada profesional, arriesgando a que haya una carencia formativa. Además, no dispone de un método fácil para conseguir el material necesario para el control sintomático y la posible sedación terminal del paciente en situación de final de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Aumentar los conocimientos en el afrontamiento a la situación de últimos días por parte de los profesionales del centro de Salud de Epila, no solo tras las sesiones sino 12 meses después.
2-Dar accesibilidad a los materiales para realizar un buen control sintomático y, en caso de precisarse, una sedación paliativa, incluyéndose además hojas informativas para el entorno del paciente.
3-Mejorar la percepción subjetiva y la sensación de seguridad de los profesionales sobre su capacitación para afrontar las situación de últimos días de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1-Realización de 4 sesiones clínicas de Equipo, especialmente personal de medicina y enfermería, sobre: identificación, manejo sintomático, apoyo emocional y sedación terminal del paciente en situación de últimos días. Difusión de material informativo entre el equipo. Realización de prueba antes y después de las sesiones a los profesionales en relación a conocimientos teóricos y sensación de capacitación.
2-Creación de un Kit de cuidados paliativos con la designación de responsables que se encarguen de su revisión periódica y del registro de su uso según un formulario. Dicho Kit incluiría material fungible (palomillas subcutáneas, material de fijación, etc.), fármacos y hojas informativas para el entorno del paciente que expliquen la evolución esperable y los cuidados del enfermo. Anexo al kit se dejaría un manual sobre cuidados paliativos para uso del profesional en caso de duda.
3-Realización de dos test tras 12 meses del inicio del proyecto sobre percepción de capacitación en el manejo de los pacientes en situación final de vida atendidos y sobre conocimientos teóricos explicados al principio del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1- Porcentaje de personal del centro de salud que ha recibido la información (objetivo > 60%). Fuente: hoja de firmas tras las sesiones.
2-Diferencia de puntuación del examen antes y tras las sesiones (objetivo: aumento de > 3 /10 puntos). Fuente: nota de los test antes y después de las sesiones.
3- Numero de veces que se usa del Kit de cuidados paliativos en 12 meses según el formulario de registro (objetivo: >6 veces). Fuente: formulario de registro.
4- Diferencia de puntuación en el nivel de percepción de capacitación en el manejo de estos pacientes 12 meses después del inicio del proyecto (objetivo: aumento de > 2 /10 puntos).
5-Diferencia en la puntuación del examen de conocimientos tras las sesiones clínicas y tras 12 meses del inicio del proyecto (objetivo: diferencia de +/- 1 punto) . Fuente: nota de test a los 12 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: Búsqueda bibliográfica y preparación de sesiones clínicas.
Abril- Junio 2019: Impartición de sesiones clínicas con exámenes pre-post charla.
Junio 2019: Preparación del Kit de Cuidados Paliativos.
Junio 2019-Marzo 2019: Reposición Kit de Cuidados Paliativos conforme se vaya usando y registro de su uso.
Resolución de dudas de atención al final de la vida en caso de que surgiesen a lo largo del periodo.
Marzo 2020: Evaluación de uso del Kit y test de percepción de capacitación y de teoría.

Proyecto: 2019_0524 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AFRONTAMIENTO DE LA SITUACION DE ULTIMOS DIAS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA ANTE PACIENTES CANDIDATOS A ACTITUD PALIATIVA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se solicitará medicación a Farmacia de Atención Primaria cuyo estocaje es escaso en momento actual (principalmente de ampollas de Morfina) para la preparación de los Kit de Paliativos. El material fungible ya está presente en el almacén del centro de salud. La información para el curso se extraerá de bibliografía disponible en los recursos ofrecidos por el IACS.

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto fija su población en los profesionales del centro de salud al facilitarse de esta forma la medición de los resultados. Es fácilmente suponible cómo, secundariamente a su mayor capacitación, el profesional atenderá mejor al paciente en situación final de vida. Gracias al registro de uso del Kit podremos además tener más idea de cómo se han implantado los conocimientos en la práctica clínica diaria. Este proyecto tiene como limitación un posible recambio de profesionales debido a traslados, jubilaciones, etc. lo que puede limitar la medición de la sensación subjetiva de capacitación y de los conocimientos 12 meses después del inicio del proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRERA LINARES FERNANDO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,1 (reducción de 2% respecto a 2018)

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES Todos los profesionales de atención primaria: médicos, enfermeras, odontólogos ... que hacen uso de antibióticos del sector.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

2. RESPONSABLE FRANCISCO MANUEL ADAN GIL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ SANZ ROSA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
- RUBIO PICO JOSEFA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La IC -definida como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas típicos y alguna anomalía cardiaca estructural o funcional que produzca reducción del gasto cardiaco o elevación de las presiones intracardiacas en reposo o estrés- supone la tercera causa de muerte en España, con una prevalencia estimada superior al 5% que crece exponencialmente con la edad.

Pese a los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, la morbimortalidad, el número de reingresos y los costes sanitarios asociados a ella son todavía muy elevados, suponiendo el 3,8% del gasto sanitario anual (y el 2,6% del gasto hospitalario con 476 M€).

Las hospitalizaciones por IC constituyen un marcador significativo de pronóstico adverso, independiente de la fracción de eyección. Por ello, la prevención de la hospitalización por IC, especialmente en pacientes de alto riesgo, representa un relevante objetivo en sí mismo.

En la IC son especialmente frecuentes las comorbilidades, debido a la avanzada edad de estos pacientes y a la propia idiosincrasia de la enfermedad, ya que a menudo la IC es un estadio final de otras enfermedades como la hipertensión arterial, la fibrilación auricular o la cardiopatía isquémica entre otras. Especialmente relevante es la asociación entre diabetes e IC. Por ello el abordaje de la IC debe realizarse en el marco de la cronicidad como paciente crónico complejo en su gran mayoría.

En una enfermedad crónica y compleja como ésta es fundamental disponer de un modelo que garantice la continuidad asistencial y el fomento de los autocuidados que incluya la adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, la monitorización y manejo de síntoma o el control del peso y sus variaciones centinela en las descompensaciones. En este sentido, empoderar al paciente con IC debe ser un objetivo esencial.

La existencia de una red familiar de apoyo consistente favorecerá enormemente el necesario autocuidado de estos pacientes. Cuando existan limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria se hará indispensable la figura del cuidador principal cualificado para detectar descompensaciones y asegurar el cumplimiento de los cuidados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar el grado de diagnóstico de la IC en nuestro medio elaborando un censo actualizado de estos pacientes.
- Clasificar adecuadamente a los pacientes con IC de cara a su manejo específico.
- Adecuar el tratamiento de estos pacientes a las actuales guías de práctica clínica.
- Empoderar a cuidadores y pacientes a fin de mejorar el cuidado de estos.
- Reducir las descompensaciones y posteriores ingresos hospitalarios en estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Impartir una sesión clínica sobre el diagnóstico y manejo de la IC de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica actuales y otra de evaluación anual del proyecto
- Elaborar un censo actualizado de los pacientes con IC del EAP
- Llevar a cabo al menos una reunión de coordinación con el Servicio de Cardiología
- Diseñar e implementar un protocolo de seguimiento de enfermería para el paciente con IC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Prevalencia de IC en la ZBS: N° pacientes diagnosticados de IC/Total de pacientes de la ZBS.
- N° sesiones clínicas sobre IC realizadas por Medicina o Enfermería sobre el tema.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con betabloqueantes recomendados.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con IECAs o ARA II.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con ARM.
- Porcentaje de pacientes con IC en seguimiento por Consulta de Enfermería sobre el total de diagnósticos.
- Porcentaje de pacientes con IC que han ingresado por descompensación en el año.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con diagnóstico de IC.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con IC en tratamiento con iSGLT2.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Mayo '19-Junio '19: Sesiones clínicas a médicos y enfermeras del EAP
- Julio '19-Septiembre '19: Elaboración del protocolo de seguimiento en consulta de enfermería
- Mayo '19-Mayo '20: Implementación del proyecto en los distintos Centros de la ZBS
- Abril '20: Recogida de datos para la elaboración de indicadores
- Mayo '20: Evaluación del proyecto y exposición en sesión de equipo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos propios del Centro de Salud

Proyecto: 2019_1401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

10. OBSERVACIONES.

Al objeto de optimizar el tratamiento de estos pacientes es necesario establecer mecanismos de interconsulta con Cardiología para facilitar el acceso a la ecocardiografía al médico de familia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1142 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

2. RESPONSABLE ALEJANDRO ASTARRIAGA CABANAS

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CS EPILA
- Localidad EPILA
- Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ ALONSO BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. CS EPILA. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La población que visitamos en medio rural, es en general una población más envejecida, que por las condiciones socioculturales, laborales... presenta todavía más patología osea que la que podemos encontrar en núcleos urbanos. A esto hay que añadirle el aumento de la esperanza de vida, que entre otros factores afecta también al deterioro osteomuscular y articular de los pacientes, por todo ello creemos necesario, reforzar los consejos y medidas que damos en la consulta con educación sanitaria y sesiones de rehabilitación comunitaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir que los pacientes adquieran un mayor conocimiento de su patología osteomuscular y articular conseguir que los pacientes aprendan ejercicios de rehabilitación que les ayuden a mejorar esa patología crónica conseguir que adquieran una autonomía para la realización de ejercicio físico o incluso formen grupos para realizarlo de forma comunitaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

· Sesión formativa sobre el servicio de fisioterapia de nuestra Unidad, qué y cómo derivar

· Sesión formativa sobre el proyecto y las actividades a realizar

· Elaborar un dossier con ejercicios según las diferentes patologías para que todos los facultativos del CS Épila, sigamos las mismas directrices

· Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de espalda en el CS con los pacientes seleccionados

· Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros superiores en el CS con los pacientes seleccionados

· Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros inferiores en el CS con los pacientes seleccionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

· Realización de todas las actividades propuestas

· Encuesta de satisfacción por parte de los usuarios tras finalizar las sesiones comunitarias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

· Inicio abril a enero

· Abril-junio sesiones de equipo y elaboración de los dossiers de ejercicios

· Sesiones comunitarias: una por trimestre

9. RECURSOS NECESARIOS.

· Los del CS

10. OBSERVACIONES.

· Población diana de ambos sexos con patología osteoarticular

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Ancianos

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CS GALLUR

2. RESPONSABLE ARSENIA BARREDO ALLOZA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAL GARCIA ALICIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LOPEZ CUARTERO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde 2018 se viene realizando en nuestro centro de salud la consulta de cirugía menor. Sería necesario para mejorar la calidad de dicha consulta contar con un dermatoscopio, así como con la formación adecuada en dermatoscopia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se espera, disminuir las derivaciones al dermatólogo, disminuir los desplazamientos, mejorar la atención (no listas de espera) a los pacientes y procurar mayor seguridad en el diagnóstico de lesiones dérmicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se prevee realizar sesiones clínicas para formación en dermatoscopia para los profesionales del EAP interesados. Realizar publicaciones con el material obtenido durante la actividad de cirugía menor y su seguimiento posterior.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de lesiones vistas con dermatoscopio. Diagnósticos pre y pos biopsia (en las lesiones pertinentes de biopsiar).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde que nos llegue el dermatoscopio en adelante (no se contempla fecha de finalización del proyecto).

Los responsables de la implantación son los anteriormente mencionados.

Una vez se obtengan datos sobre el diagnóstico pre y post biopsia de las lesiones, se hará una comparativa.

9. RECURSOS NECESARIOS.

DERMATOSCOPIO Y FORMACIÓN ESPECÍFICA EN DERMATOSCOPIA.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO VALENTI PILAR. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· SARASA OLANO MARINA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· SAENZ SANTOLAYA OSCAR. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ OTO ELENA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN RAQUEL. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
2. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 28,7 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 23,0% (reducción de 2% respecto a 2018)
3. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE MARINA BOIRA CUEVAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
- Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- POLO PASCUAL MANUELA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- GORDO BLANCO ISABEL. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MARTIN GOMEZ SUSANA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ELIAS VILLANUEVA PILAR. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública. Los antibióticos son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El abordaje de la resistencia a los antibióticos es un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de los mismos.

A nivel de la Agencia Española del Medicamento, se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), y a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón, el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibiótico en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA), para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Optimizar el uso de los antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos.
Recordar la adherencia a los Principios Generales Proa.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recordar los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas sobre uso adecuado de los antibióticos y perfiles de resistencias antibacterianas.
Participación en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tener un responsable en el uso de antibióticos.
Difundir los principios generales PROA en Atención Primaria.

Indicador: difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector, a los Equipos de AP (septiembre 2019).

Objetivo: formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: número de sesiones realizadas sobre PROA.

Objetivo: porcentaje de profesionales asistentes. Al menos tres sesiones al año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A lo largo del año en curso (2019).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sesiones formativas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0278 (Acuerdos de Gestión)**

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA ELIAS. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BOIRA CUEVAS MARINA. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· POLO PASCUAL MANUELA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GORDO BLANCO ISABEL. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención temprana ante una parada cardiaca es primordial para la supervivencia del paciente. Por este motivo, la administración pública (en este caso la comarca de Jiloca) ha decidido apostar por la dotación de DEA a los municipios de su comarca para su uso por personal no sanitario instalando los dispositivos en lugares públicos. Por nuestra parte queremos aportar nuestro conocimiento en primeros auxilios y manejo del DEA para que la población se sienta más respaldada en caso de que tengan que prestar unos primeros auxilios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es conseguir que la población sea capaz de prestar primeros auxilios y puedan manejar el DEA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión teórica sobre cuáles son esas primeras actuaciones a llevar a cabo.
Sesión práctica: hacer un simulacro sobre todas esas acciones vistas anteriormente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de evaluación a los asistentes sobre la adecuación de los contenidos de cada sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En verano de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
DEA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PARADA CARDIORESPIRATORIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

2. RESPONSABLE SUSANA MARTIN GOMEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
- Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GORDO BLANCO ISABEL. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- BOIRA CUEVAS MARINA. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- POLO PASCUAL MANUELA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- ELIAS VILLANUEVA PILAR. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El pronóstico de las personas que sufren una parada cardíaca extra-hospitalaria mejora exponencialmente con la atención y puesta en marcha precoz de la cadena de supervivencia. Asociaciones de reconocido prestigio como la European Resuscitation Council (ERC) o la American Heart Association, recomiendan que la formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) se imparta en los centros educativos a niños y adolescentes. En base a esta realidad, este proyecto se dirige a todos los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge de Herrera de los Navarros. Este centro cuenta en esta etapa educativa con 17 alumnos educados por hasta 6 docentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Capacitar a los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge en:

- El reconocimiento de una situación de parada cardíaca u OVACE.
- La activación de la cadena de supervivencia.
- La realización de una correcta RCP y/o maniobras de desobstrucción de la vía aérea.
- La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Contacto con la dirección del centro educativo, razonamiento de la iniciativa y concreción de objetivos y calendario de trabajo comunes.
- Formación de un grupo de trabajo en el EAP de Herrera de los Navarros, distribución de roles para la actividad educativa y preparación de materiales didácticos.
- Se realizará una sesión teórico-práctica de 120 minutos de duración dirigida a los alumnos y a profesores, donde les enseñaremos a reconocer una PCR y una OVACE, y cómo actuar ante ellas según los criterios y recomendaciones recogidos en las guías actualizadas de la ERC. Se asegurará una ratio educador/educando máxima de 1/4.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

En la evaluación se valorará la adquisición de conocimientos y habilidades, así como el grado de satisfacción de los participantes (educadores y educandos).

-El aumento de conocimientos de los trabajadores del CEIP San Jorge se demostrará a través de la cumplimentación antes y después de la sesión educativa de un cuestionario confeccionado "ad hoc" compuesto por preguntas con múltiples opciones de respuesta siendo una única correcta.

Indicador: % de participantes con mejoría de al menos dos puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la sesión. Estándar: >90%.

-El campo de las habilidades se evaluará a través de la observación del desempeño en una situación simulada. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la iniciativa de petición de ayuda y teléfono 112, la calidad de la RCP y maniobras de desobstrucción de la vía aérea y la colocación en PLS.

Indicador: % de alumnos con observación del desempeño en una situación simulada con maniqués con valoración positiva. Estándar: >90%.

-Satisfacción de los participantes: La satisfacción de los educadores y educandos se evaluará a través de un cuestionario tipo Likert (1-5) al finalizar la experiencia. En el caso de los niños este cuestionario se adaptará mediante el uso de pictogramas (emoticonos). Estándar: Puntuación media >4.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL 2019.

-Contacto con la dirección del centro educativo.

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

OCTUBRE-NOVIEMBRE 2019.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

“TU PUEDES SALVAR VIDAS”. FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

2. RESPONSABLE ISABEL GORDO BLANCO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
- Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- POLO PASCUAL MANUELA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- BOIRA CUEVAS MARINA. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN GOMEZ SUSANA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
- ELIAS VILLANUEVA PILAR. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La Insuficiencia Cardíaca constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatía isquémica e HTA, y presenta una elevada mortalidad (50% a los 5 años). Actualmente se considera la primera causa de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años.

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

El tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas y de autocuidado son actividades fundamentales que contribuyen a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, evitando las agudizaciones y hospitalizaciones de dichos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actualizar los conocimientos en IC de los profesionales.

Mejorar las actividades preventivas en la IC.

Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica en toda la población de IC.

Informar y asesorar a los pacientes con IC y a sus cuidador.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación: Sesiones clínicas en EAP para analizar las GPC en Insuficiencia Cardíaca.

Implementación de autocuidados en los pacientes con IC.

Recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica por parte de profesionales de medicina y enfermería.

Proporcionar documentación con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.

Realización de un Taller de información sobre la dieta hiposódica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Actas de las sesiones sobre Insuficiencia Cardíaca en el EAP y cuestionario de satisfacción.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, tensión arterial). Fuentes de datos: OMI AP

Número de pacientes con IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento del 5%

vacunación antigripal y antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto a desarrollar en el periodo Abril-Diciembre 2019.

Sesiones clínicas sobre Insuficiencia Cardíaca: Abril-Noviembre 2019

Implementación de autocuidados en pacientes con IC: Abril-Diciembre 2019

Vacunación antigripal y antineumocócica: campaña de vacunación 2019

Documentación autocuidado del paciente e información a cuidadores: Mayo-Diciembre 2019

Taller de información dieta hiposódica: Noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0938 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR : HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

2. RESPONSABLE ANA LORENTE HERNANDEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COMPES LORENTE ALBERTO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ GUTIERREZ MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- MANJON LLORENTE GENMA. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- ABENGOCHEA COTAINA BELEN. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ MONTEAGUDO GENMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mayoría de las situaciones que requieren una actuación de urgencia se producen fuera del ámbito sanitario y son presenciadas y atendidas por personal no sanitario
Estando demostrado que el tiempo en ser atendido es directamente proporcional a la supervivencia y a la disminución de secuelas Se vio la pertinencia de desarrollar unos talleres de primeros auxilios y RCP en las aulas dirigidos tanto a alumnos de infantil, primaria como a profesorado
Cuando se propone la actividad a los colegios se muestran muy interesados por la actividad
A la vez nos demandan alguna charla encaminada a higiene personal alimentación y salud buco-dental por lo que decidimos intentar integrarlo en el proyecto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana serán los alumnos y profesores de los diferentes colegios de la zona básica de salud
Esperamos que adquieran las habilidades necesarias para actuar y reconocer diferentes situaciones de urgencia
Así como en caso de los niños de infantil y primaria sepan solicitar la ayuda necesaria llamando al 112 y sean capaces de describir la situación contestar las preguntas que se les haga desde el 112 y dar la dirección correcta a la que tiene que acudir la ayuda
Saber actuar en el orden adecuado
En el apartado de vida saludable saldrán de las charlas/ taller :
- Sabiendo lavarse los dientes correctamente
Conociendo los principales alimentos saludables y los que no lo son tanto
Sabiendo que es lo que pueden llevar de almuerzo y lo que no
Sabiendo la importancia de la higiene (ducha, lavado de manos et)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante los meses de Abril Y Mayo

Colegio publico de Alpartir

Se van a impartir talleres teórico/ prácticos de pautas de actuación ante un atraganta miento, posición lateral de seguridad y RCP básica
En los alumnos de primaria se van a hacer dos grupos uno para alumnos de 6,7 y 8 años
En los alumnos de infantil se realizara con todos los alumnos juntos y sera impartido y otro grupo alumnos de 9, 10 y 11 años

Colegio publico Almonacid de la Sierra

Taller teórico practico en urgencias posición lateral de seguridad atragantamiento y RCP para alumnos de infantil
Charla taller para alumnos de primaria de hábitos de vida saludables higiene y alimentación divididos en dos grupos de 5 a 8 años uno y otro de 9 a 11 años
Taller teórico practico de urgencias, atragantamiento RCP y actuación en caso de convulsiones
Colegios públicos de Ricla y Calatorao
Se impartirán talleres teórico prácticos de urgencias atragantamiento, RCP y posición lateral de seguridad Se harán diferentes grupos
Colegio publico de la Almunia de Doña Godina
Se impartirá charla de hábitos de vida saludables, higiene salud buco dental y alimentación dirigida a a alumnos de primaria
Un taller teórico practico de urgencias atragantamiento posición lateral de seguridad y RCP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

A los adultos y alumnos mayores se les pasara una encuesta con un apartado para sugerencia
Y en los menores valoraran los profesores atendiendo al grado de satisfacción e implicación de los alumnos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las charlas y talleres se realizaran durante el periodo lectivo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para los talleres de urgencias muñeco de rcp (solicitado a formación de AP) los niños y primeros cursos de primaria de infantil traeran peluches

Proyecto: 2019_0938 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR : HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

Para las charlas de higiene nos hemos puesto en contacto con el SARES y nos a proporcionado tripticos y material divulgativo Así como una arcada dental para practicar el lavado de dientes

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educacion para la salud
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1037 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

2. RESPONSABLE BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CONTE GALVEZ MARTA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con la llegada de la Campaña de la fruta a la Zona de Valdejalón, el número de personas atendidas como Temporeros asciende a más de 5000 personas .
Estas personas temporeras, vienen en muchas ocasiones desplazándose con sus hijos .
Estos niños son muy vulnerables, dado que continuamente van recorriendo diferentes pueblos de la geografía Española en función de dónde tienen trabajo sus padres .
Nos gustaría poder ofrecer a estas familias una continuidad en la asistencia sanitaria de sus hijos, utilizando los recursos que tenemos en el Centro de Salud de la Almunia de Doña Godina .
Esto mejoraría el bienestar de estas familias y le daría un punto de continuidad dado que la mayoría de ellos repite en la misma zona su trabajo al año siguiente .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana : Hijos de niños Temporeros en la Zona de la Almunia de Doña Godina
Duración del proyecto : Mientras tenga lugar la Campaña de recogida de la fruta : de Mayo a Octubre
Objetivos : Revisión y actualización de su libro de Salud Infantil .
Actualización de Calendario Vacunal
Aplicación de medidas preventivas y de promoción de la salud según su edad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Primera visita : toma de contacto, de donde vienen, conocer entorno del niño, quien le cuida, donde viven y si va al colegio .
Revisar su calendario vacunal
Exploración física completa incluido valoración visual e higiene dental .
P complementarias : sólo si fuera necesario según su desarrollo ponderal o desconocimiento de vacunas aportadas por la familia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Conocer número de niños incluidos en el programa .
Número de niños a los cuales les hemos revisado y actualizado su calendario vacunal . Buscamos un 80% dado la dificultad de que los niños sean traídos a la consulta .
Número de niños que presentan déficit visual y han sido derivados a óptica / del total de niños con déficit visual . Buscamos un 30 % dadas las dificultades de seguimiento en este colectivo
Número de niños con caries que conocen como limpiar sus dientes y que alimentos deben evitar / del total de niños con caries. Buscamos un 50 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Nuestro calendario de recogida de datos es durante la temporada de Mayo a Octubre del 2019 .
Posteriormente analizaremos estos datos
Los niños acudirán desde administración previa cita y algunos de ellos desde el Servicio de Atención Continuada .
Una vez captado un niño acogeremos al resto de hermanos .
El Programa tendrá un carácter anual .
Si la revisión se ha realizado en su lugar de origen solo se supervisará .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos ; Pediatría y Enfermeras de Pediatría y de Urgencias
Recursos materiales : tallimetro, peso, optotipos, analíticas si precisan, vacunas, nevera

10. OBSERVACIONES.

Hemos puesto indicadores bajos porque es una población difícil, muchos viven en régimen de semiexplotación, queremos dar fidelidad al proyecto y que estos padres sepan que a sus niños se les completará aquello que quedó pendiente en otra área geográfica de España o de su lugar de origen : Rumania, Marruecos, Keniaetc

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no

Proyecto: 2019_1037 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

clasificados en otra parte

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1068 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

2. RESPONSABLE GENMA MANJON LLORENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALAVIA CONTRERAS MERCEDES. MATRONA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- BENITO LOPEZ ANA MILAGROS. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- PUERTAS ERAUSO PAULA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se observa en los últimos años una tendencia al aumento, tanto en las consultas de pediatría como en las urgencias del centro de salud, de las consultas por aspectos propios de la crianza y el desarrollo de los lactantes que no suponen necesariamente una patología ni enfermedad como tal, por ejemplo: los cólicos, el lactante que no duerme, dudas sobre la alimentación complementaria, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se espera que los padres de los lactantes se sientan mas seguros en la crianza de sus hijos, en los diferentes aspectos de esta etapa.
Obtengan conocimientos que les permitan mejorar en la prevención de accidentes y solucionar pequeños problemas que puedan surgir con nociones básicas de primeros auxilios sin necesitar acudir a urgencias.
Crear un ambiente en el que los padres y sobre todo las madres puedan exponer sus preocupaciones y compartirlas con otras mujeres que están en su misma situación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se va a iniciar una actividad grupal, con periodicidad semanal, en ciclos de sesiones con periodicidad cuatrimestral, en el que se expondrá brevemente un tema y se dejará tiempo para preguntas y dudas.
Temas a desarrollar: Cuidados básicos e higiene en el lactante. Lactancia y alimentación complementaria. Prevención de accidentes y primeros auxilios. Cólicos y problemas digestivos.
Fiebre e infecciones respiratorias. Taller de masaje infantil. Desarrollo del sueño.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de cuidadores que acuden al 50 % de las sesiones respecto al total
Encuesta de valoración de adquisición de conocimientos y satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se va a implantar durante el año 2019 a partir del 8 de mayo y según la acogida que tenga entre la población se continuará en los años sucesivos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lactancia y primeros años de vida
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1178 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

2. RESPONSABLE ALBERTO COMPES LORENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO JULI BEGOÑA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- HERRERO HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- PUERTAS ERAUSO PAULA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- OULD-HAMOUO CHEIKH MOHAMDY MOULAYE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de los objetivos estrategicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge IRASPROA. Hemos comenzado a trabajar en el uso adecuado de antibioticos, Se nos proporciona desde servicios centrales las herramientas para la monitorizacion del uso de antibioticos a partir de indicadores extridos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a antibioticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promover el uso adecuado de antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion de su prescripcion
Monitorizar la utilizacion de antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Monitorizacion del uso de amoxicilina en infecciones respiratorias respecto al uso de amoxicilina clavulanico
monitorizar el uso de macrolidos en infecciones respiratorias
Realizar formacion especifica dirigida a los profesionales en infecciones mas prevalentes respiratorias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos
Monitorizacion de amoxicilina y macrolidos en infecciones respiratorias (objetivo 2019 . inferior a la media del sector en ambos items)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: monitorizacion del uso de estos antibioticos para ver cual es nuestro punto de partida
abril- diciembre : sesiones de formacion sobre el uso adecuado de antibioticos : abril. infecciones respiratorias, septiembre :urinarias y noviembre: de piel
junio-sept-diciembre: monitorizacion trimestral de indicadores con analisis individual de cada profesional

9. RECURSOS NECESARIOS.

formacion en forma de sesiones
informes de farmacia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

2. RESPONSABLE ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
• Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- BENITO LOPEZ ANA MILAGROS. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
- BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- DEZA ANDREU CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio Aragonés de Salud impulsó en el año 2018 la realización de ecografía clínica en centros de salud por parte de médicos de atención primaria. Los profesionales del EAP La Almunia que participaron en el programa de formación impulsan este proyecto de mejora orientado a la puesta en marcha de la ecografía clínica en el CS de La Almunia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Puesta en marcha de la realización de ecografía clínica en CS La Almunia, ofertándola a toda la población de la zona básica. Establecer escenarios clínicos de derivación y un estudio de concordancia diagnóstica entre AP y AH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Establecer una agenda de citas de ecografías en el centro de salud con huecos suficientes para que esta exploración se realice con un breve tiempo de espera entre su solicitud y la realización de la prueba.

2.- Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud.

El objetivo ha de ser definir qué situaciones clínicas pueden ser objeto de realización de ecografía en el centro de salud. Inicialmente la oferta incluirá:

- Ecografía de cuello y tiroides
- Ecografía hepática
- Ecografía renal y prostática

3.- Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.

4- Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.

5.- Realizar un estudio descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria.

En aquellos casos en los que a largo del año se haya realizado una ecografía en AP y posteriormente en AH, tres médicos del EAP, diferentes de los dos médicos que realizan la prueba en el centro de salud, analizarán la concordancia de los resultados informados.

Se definirá para ello tres niveles diagnósticos en cada una de las pruebas realizadas:

- Sin alteraciones (ecografía normal sin hallazgos)
- Alteraciones no significativas clínicamente: en este caso se describirán los hallazgos y se analizará la concordancia con los informes emitidos por el servicio de radiología del hospital.
- Alteraciones patológicas que serán igualmente confrontadas con los hallazgos de la ecografía de AH.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Establecer una agenda de citas de ecografías en el centro de salud.

El indicador de existencia de agenda: si/no. Fuente agendas OMI

El indicador nº de ecografías realizadas: recuento de citas e informes emitidos. Objetivo 100% de las realizadas

Fecha implantación: 30/06/2019

2. Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud. Documento consensado y difundido a todos los médicos del EAP de La Almunia de las situaciones clínicas que en este momento de implantación de esta técnica diagnóstica en el Equipo, son asumibles por los profesionales que van a realizarlas.

El indicador: presencia del documento escrito: si/no

Proyecto: 2019_1241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

Fecha implantación: 30/06/2019

3. Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.

Indicador: Existencia del documento de gestión del proceso: si/no

Fecha implantación: 30/06/2019

4. Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.

Indicador: existencia del informe en el 100% de las ecografías realizadas

Fecha implantación: 30/06/2019

Análisis de resultados: 31/12/19

5. Diseñar un estudio observacional, descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria, en aquellos casos en los que exista una exploración realizada en los dos niveles asistenciales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Ya indicado en apartado indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Varios códigos CIE
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIL DOMINGO ANDRESA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- TORCAL POTENTE ANA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ VICENTE REBECA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,8 (reducción de 2% respecto a 2018)

-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,5% (reducción de 2 % respecto a 2018)

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones periódicas de los miembros del equipo para informar, poner en común y analizar la evolución de la prescripción cuantitativa y cualitativa de los AB.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

2. RESPONSABLE MARIVEL GASCON VAL

- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ GARCIA ALICIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- MATEO OLMOS RAQUEL. CELADOR/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta la necesidad en la población de nuestro Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos, de reorganizar los avisos de extracción de sangre a domicilio. Dada la dispersión geográfica y los pacientes inmovilizados, crónicos complejos pertenecientes a nuestra zona básica de salud, para poder atenderlos de manera adecuada, precisamos para ello, optimizar y mejorar los recursos existentes en el Centro de Salud, buscando la implicación de la Comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar en la calidad de la asistencia
- Mejora de la gestión de los recursos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un grupo de trabajo para detectar fallos.
- Establecer protocolo de extracción a domicilio en residencias geriátricas y procedimiento de mejora si se precisa.
- Establecer indicadores de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Crear un grupo de trabajo con 2 actas como mínimo anterior a la puesta en marcha del proyecto.
- No sobrepasar en dos extracciones al año, que no se puedan llegar a, entregar a tiempo para su transporte a laboratorio.
- Llegar al 70% de los pacientes que estén disponibles a tiempo cuando llega el enfermero al domicilio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 10/04/2019 primera reunión del Responsable del Proyecto con sus colaboradores.
- 30/04/2019, descripción del proyecto y reunión para comunicar resultados a los integrantes.
- 30/05/2019 lanzamiento (acuerdos de gestión)
- 01/09/2019 fecha prevista para su inicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Necesidad de una enfermera más según número de extracciones.
- Una administrativa mas, para poder organizar los volantes por Residencias y por domicilios (dependiendo de su valoración)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. asistencia domiciliaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0495 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

2. RESPONSABLE SUSANA SANCHEZ NAVARRO
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. FISIOTERAPIA EN AP
• GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
• MONTIU PAMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
• ORTEGA LARRODE CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta en la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud de Miralbueno un aumento del número de pacientes con patología de manguito rotador. Los pacientes son derivados a dicha Unidad a través de su Médico de Atención Primaria o de los Servicios de Atención Especializada. Estos acuden con un diagnóstico de patología de manguito rotador acompañado, en muchas ocasiones, de una ecografía que confirma la patología.

En la Unidad de Fisioterapia se realiza una valoración inicial con la exploración fisioterápica y se consensuan las sesiones de tratamiento que se van a llevar a cabo. Al finalizar el tratamiento, se realiza una valoración final volviendo a explorar al paciente y registrando su evolución.

Se detecta la necesidad de comparar mediante ecografía final si hay cambios tras el tratamiento de fisioterapia y así poder comprobar su eficacia.

El proyecto va dirigido a los pacientes con patología de manguito rotador del Centro de Salud de Miralbueno, participando en él profesionales de: Medicina de Atención Primaria, Fisioterapia y Residentes de Medicina de Atención Primaria.

Los puntos clave para la puesta en marcha de este proyecto son:

- La gran frecuencia de patología de manguito rotador
- La larga duración de los procesos, que en un número considerables de pacientes, obliga al aumento del número de sesiones o sucesivas derivaciones del paciente a la Unidad.
- La dificultad de valorar la situación del paciente e indicar el alta, dada la subjetividad del proceso

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Comparación mediante ecografía, el estado del manguito rotador antes y después del tratamiento fisioterápico.
2. Valoración final fisioterápica con apoyo ecográfico
3. Comprobar la eficiencia de los tratamientos aplicados en las sesiones de fisioterapia
4. Aumento de la coordinación de la Unidad de Fisioterapia con el Médico de Atención Primaria en el proceso asistencial
5. Valoración de la manera más explícita posible la situación del paciente, usando los recursos del Centro de Salud
6. Dotar a la Unidad de Fisioterapia de un instrumento útil para la valoración final tras el tratamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

1. Formación de los fisioterapeutas del Centro de Salud Miralbueno en interpretación de ecografías.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

1. Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
2. Difusión a miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

1. Desde Médico de Atención Primaria: diagnóstico de pacientes con episodio de patología de manguito rotador, realización de ecografía inicial y derivación a la Unidad de Fisioterapia.
2. Coordinación Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas para la realización de ecografía posttratamiento en la Unidad
3. Creación de agenda para la citación de pacientes para la realización de ecografía una vez finalizado el tratamiento con el objetivo de valorar el estado del paciente y su alta en Unidad

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

1. Realización de ecografía previa a la derivación del paciente a la Unidad de Fisioterapia
2. Exploración y valoración inicial fisioterápica teniendo en cuenta la ecografía inicial, en la citación de primera visita en Unidad
3. Tratamiento fisioterápico en las sesiones consensuadas con el paciente
4. Valoración fisioterápica final y ecografía postintervención

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES CUANTITATIVOS

- número de pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador
- número de ecografías previas y posteriores al tratamiento fisioterápico

Proyecto: 2019_0495 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

INDICADOR CUALITATIVO

-comparación de cambios ecográficos producidos pre y posttratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A partir de Marzo:

-Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III y EAP CS Miralbueno

-Puesta en marcha del Proyecto con los integrantes del EAP

y la Unidad de Fisioterapia

-Formación a los fisioterapeutas en el visionado e interpretación de ecografías junto con los Médicos de Atención Primaria

-Comienzo de derivación, por parte de los Médicos de Atención Primaria, de los pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador con ecografía inicial

A partir de Mayo:

-Creación de agenda conjunta Médico Atención Primaria-Fisioterapia para citación de pacientes para realización de ecografía final tras el tratamiento en Unidad

-Registro de la comparación ecográfica en la valoración final de fisioterapia en OMI

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ecógrafo disponible en el Centro de Salud

Colaboración conjunta de Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNA EXCURSION SALUDABLE

2. RESPONSABLE CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NAVARRO SUSANA. FISIOTERAPEUTA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. FISIOTERAPIA EN AP
· NAVARRO ZAPATA CARMEN. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GASCON VAL MARIVEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detectan en la población infantil, por parte de distintos profesionales de Atención Primaria y desde los Centros Educativos, unos hábitos inadecuados posturales, nutricionales, de higiene de manos y bucodental. Además se corrobora un desconocimiento del Centro de Salud, sus profesionales y las funciones que realizan lo que les genera miedo o desconfianza cuando tienen que acudir para recibir asistencia sanitaria.

Es necesario un aprendizaje correcto de estos hábitos saludables y crear un cambio de conducta desde la infancia consiguiendo con ello una disminución de problemas de espalda, alimentación, bucodentales o de infecciones a través de las manos. También es un aspecto positivo el que los niños se familiaricen con su Centro de Salud para que lo puedan asociar como un lugar seguro y de confianza.

La edad escolar y en concreto los 7-8 años es un momento idóneo para la educación en hábitos saludables de una forma completa.

El proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de un Centro Educativo de la Zona Básica de Miralbueno, participando en él los profesionales de: Medicina Pediátrica, Enfermería, Fisioterapia y Servicio de Admisión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Promoción de hábitos saludables en población infantil abarcando higiene postural, alimentación saludable, salud bucodental e higiene de manos.
-Sensibilización de la familia y personal del Centro Educativo sobre la importancia de la educación en hábitos saludables en niños y los problemas derivados de unas conductas inadecuadas.
-Acercamiento de la población infantil al Centro de Salud, dando a conocer sus instalaciones, profesionales y las funciones de cada uno dando una visión del lugar "amigo, cercano y seguro"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

-Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
-Difusión a miembros del EAP Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

-Contacto mediante teléfono/email con Centro Educativo explicando el Proyecto y solicitando su colaboración si lo considera necesario para sus alumnos
-Reunión con Centro Educativo, Jefe de Estudios y Tutores del curso implicado, para presentación de la actividad y explicación de los aspectos a trabajar en el aula previos a la visita de los niños a Centro de Salud, además de recogida de necesidades específicas de sus alumnos

ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD

-Elaboración de video de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados en el Proyecto
-Elaboración de presentaciones Power Point como apoyo a la explicación teórica para visualización en la intervención

-Elaboración de videos explicativos adecuados a la edad
-Elaboración de encuesta para alumnos que realizarán antes y después de intervención sobre conceptos aprendidos
-Preparación de talleres de higiene de manos, higiene postural, alimentación saludable e higiene bucodental
-Preparación de póster para colocación en Centro Educativo posterior a intervención

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

-Intervención comunitaria a través de una visita de los niños al Centro de Salud que constara de 2 partes:
1. Visita del Centro de Salud enseñando las consultas/unidades y presentando a los profesionales
2. Exposición teórica mediante presentaciones adaptadas a la edad sobre los temas relacionados con la salud según las necesidades expresadas por Centro Educativo anteriormente. Realización de talleres prácticos. Encuestas a los niños antes y después de la intervención

-Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para la realización de una segunda intervención a través de pósters didácticos visuales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR CUANTITATIVO

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0521 (Acuerdos de Gestión)

UNA EXCURSION SALUDABLE

Número de encuestas realizadas favorables (4 o más contestadas correctamente de 6 preguntas) después de la intervención a los niños que han participado

INDICADOR CUALITATIVO

-Opinión/Sensación de los tutores en realización al cambio de conducta observado posterior a la intervención en relación a los hábitos saludables
-Elaboración por parte de los niños de dibujos y carteles sobre su visita

GRADO DE PARTICIPACIÓN

Número de niños participantes en el proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo

-Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III Zaragoza y al EAP Centro de Salud de Miralbueno
-Contacto vía email/teléfono con Centro Educativo para explicación del proyecto y confirmar reunión

Marzo y Abril

-Elaboración de video presentación del Centro de Salud
-Elaboración de Power-Points para la exposición teórica
-Elaboración de encuestas para evaluación
-Elaboración de videos explicativos de teoría
-Preparación de material necesario para talleres

Mayo-Junio y curso escolar 2019-2020

-Intervención en Centro de Salud con la visita de los niños
-Segunda intervención en los Centros Educativos con preparación de poster final

9. RECURSOS NECESARIOS.

Agua, jabón, ordenador, mochila, material escolar, material educativo de salud bucodental, sillas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Niños
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Adquisición de Hábitos Saludables
•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0964 (Acuerdos de Gestión)**

DETECCION DE RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

2. RESPONSABLE ALICIA YUMEN CHABBAR BOUDET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares en especial Cardiopatía isquémica Y la enfermedad vascular cerebral, constituyen la primera causa de muerte en la población española.
Presentan una elevada incidencia, son una fuente importante de discapacidad y presentan una gran repercusión en los costes asistenciales

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Continuar trabajando en la línea estratégica definida en 2018

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La mejora en la detección del RCV y en el control de los principales factores de riesgo modificables, para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención ya primaria o secundaria según el caso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección del RCV / nº de pacientes crónicos. del 66.83 % al 68% en junio 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Detección del punto de partida.
-- DE FEBRERO A MAYO 2018 -- 1. Dra. Chabbar
2.- Establecimiento de objetivos
-- DE MAYO A JUNIO 2018 -- Dra. Chabbar
3.-Elaboración del plan de mejora
-- DE JUNIO A SEP DE 2018 -- 4. Gabriel Sebastian
4.- Sesión clínica informativa del plan.
- SEP 2018 - MIGUEL ÁNGEL LABARA
5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV
- DE OCT DEL 2018 A OCT DEL 2019 -- Dra. Chabbar

Unidad

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.
Continuidad de proyecto de mejora de 2018

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_0965 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DE ESPALDA

2. RESPONSABLE NATALIA PILAR FIDALGO PINILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MORATO GARCIA ANA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· VENTURA LABORDA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ORIA FLORIA MARGARITA. TCAE. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Control de la patología crónica es una actividad compartida entre medicina y enfermería.

La diabetes es una enfermedad con elevada prevalencia en la población y sobre todo en población anciana

El control del diabético y fundamentalmente el pie diabético es implementado en la mayoría de las ocasiones por enfermería.

Los resultados de la evaluación de cartera de servicios del E.A.P., han sido deficitarios en los últimos años. Esto hace que sea necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto mejorar la asistencia al paciente crónico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1.- Mejorar la asistencia a los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la motivación de los profesionales en la Implementación del servicio del pie diabético

3.- Aumentar la calidad en el registro OMI del paciente diabético.

4.- Prevenir las úlceras en extremidades inferiores en estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales de enfermería y medicina del centro de salud

3.- Repasar la metodología del registro OM.I del pie diabético

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Calendario de sesiones clínicas teórico prácticas sobre el pie diabético--3 sesiones clínicas / año

Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diabético

-----Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diabético Indicador individual de cumplimiento del servicio superior al 10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

---- de enero a marzo de 2018 ---

Margarita oria Floria

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales de enfermería y medicina del centro de salud

----- de marzo a Octubre 2018 ---

Inmaculada Caveró Pérez

Natalia Fidalgo Pinilla

3.- Repasar la metodología del registro OM.I del pie diabético

----- septiembre 2018 -----

Ana Morato García

Pilar Rodríguez Maza

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies.

Proyecto: 2019_0965 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DE ESPALDA

-----mayo2018 a febrero de 2019 ---

Beatriz Ventura Laborda
Inmaculada cavero Perez

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0990 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

2. RESPONSABLE ALICIA SANCHEZ GARCIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- MORATO GARCIA ANA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- LOMBAR GIMENO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ ESPLIGARES LAURA. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de las principales misiones de la AP de salud marcados en la constitución española.
Es obligación de los centros de AP implementar las estrategias diseñadas para este objetivo. El SALUD ha diseñado un nuevo calendario vacunal para el adulto y es nuestra obligación su implementación.
Los usuarios del C.S. en edad adulta no son conscientes de la importancia de la vacunación, es por ello necesario desarrollar estrategias de motivación del personal sanitario y de la población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implementar el calendario vacunal a la población mayor de 15 años
Aumentar la cobertura de vacunación del adulto
Establecer estrategias para el desarrollo del nuevo servicio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Julio 2021
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Actas de la reunión del grupo de trabajo. 2 Actas por año
Porcentaje de adultos con revisión del calendario vacunal en 2021 50%
Porcentaje adultos con calendario vacunal correcto / nº total de adultos. 30%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Abril 2019 a Dic 2021.
1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019. Responsable: Mercedes García
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019. Responsable Alicia Sanchez
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Julio 2021. Responsable Ana García Morato
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019. Responsable Jose Luis Grima
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021. Responsable José Antonio Montiu y Maria José Lombar.
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021.
Responsables Mercedes García Entrena y Laura Martinez

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dotación de personal necesaria según estrategias establecidas
Cartilla de vacunación
Carteles informativos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0992 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MATEO OLMOS RAQUEL. CELADOR/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

LA atención a la patología urgente en atención primaria, es una situación habitual y exige protocolizar las actividades
En numerosas ocasiones el centro de salud es el primer contacto del paciente con síndrome coronario con el sistema sanitario.
Esto exige un conocimiento preciso de la pauta a seguir por parte de todos los profesionales del centro de salud implicados en su asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1.- Formación continuada a los profesionales del centro en la atención al paciente con síndrome coronario agudo.
Planteando un sistema continuo de actualización en este proceso.
2.- Consensuar el proceso asistencial.
3.- Establecer sistema de monitorización, que permita la evaluación del proceso, para evaluarlo y establecer punto de mejora

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesiones clínicas dirigidas a la actualización de los conocimientos sobre el síndrome coronario agudo.
Establecer el proceso asistencial e identificar fallos y establecer puntos de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

2 sesiones clínicas dirigidas a la actualización del síndrome coronario agudo
Establecer un Checklist asistencial
Evaluación de la cumplimentación de los Checklist

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión clínica de inicio al proceso - Mayo 2019
Sesión clínica de presentación del checklist - Septiembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Carro de paradas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DEL ALMACEN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLOGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

2. RESPONSABLE ELENA MAGAÑA JULIAN

- Profesión TCAE
- Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- MATEO OLMOS RAQUEL. CELADOR/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En ocasiones encontramos el almacén de un centro sanitario desorganizado, con un exceso de stock en artículos que tienen una rotación escasa, y por otro lado un desabastecimiento o rotura de stock en productos de uso muy frecuente.

La colocación y ubicación del producto, en ocasiones nada tiene que ver con lo conveniente para una rápida dispensación y obligada revisión de caducidades.

La gestión de los recursos de un almacén en un C.S. es responsabilidad de los profesionales del centro.

Los recursos deben ser adecuados en cantidad y pertinencia para las necesidades del centro.

En nuestro centro esta función recae en el personal de enfermería que debe compaginarla con el resto de sus funciones.

Consideramos pertinente protocolizar las actividades a desarrollar para realizar un correcto control y gestión del almacén y farmacia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Gestionar con eficacia y efectividad el almacén y la farmacia del C.S. Miralbueno-Garrapinillos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Motivar al resto de profesionales del C.S. sobre la importancia de este proyecto

2. Sesión clínica informativa sobre la pertinencia del proyecto

3. Priorizar las actividades para establecer una correcta gestión del almacén: crear grupo de trabajo que estudie y plantee las actividades a realizar .

4. Implementar los procedimientos consensuados: actividades : 1. sesión informativa al resto del equipo 2. Nombrar responsables de la gestión del almacén y farmacia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Acta sesión clínica informativa

Acta creación grupo de trabajo

Establecer calendario de revisiones de almacén y farmacia: roturas de stock, caducidades, etc

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión informativa y creación de grupo de trabajo: junio 2019

Establecer procedimientos : septiembre 2019

Evaluación y planteamiento de modificaciones necesarias: marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal de refuerzo para organización de almacén y farmacia

Material de oficina: modelaje de impresos: hojas de pedido, de devolución, de caducidades.....

Perfiles adhesivos, etiquetas identificativas, etc

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1039 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA GUILLEN ANTON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· CHABBART BOUDET ALICIA YUMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOMBAR GIMENO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La insuficiencia cardiaca afecta al 1-2% de la población adulta en los países desarrollados, aumentando este porcentaje drásticamente con la edad hasta llegar a un 10-20% en el grupo de pacientes de 70-80 años. Este hecho viene condicionado por el aumento en la expectativa de vida y con la mayor supervivencia de los pacientes con cardiopatías.

Constituye la primera causa de ingreso hospitalario en las personas mayores de 65 años y representa algo más del 2% del gasto sanitario nacional

Su alta mortalidad y su manejo complejo son debidos en parte a la frecuente presencia de comorbilidad. Un 40% de pacientes tienen 5 o más problemas de salud asociados que afectan negativamente a su pronóstico. Los más importantes son: HTA (55%), diabetes (31%) y EPOC (26%). También son frecuentes: hipercolesterolemia, fibrilación auricular, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular y demencia.

Es un tipo de paciente complejo y muy conocido por el médico de atención primaria. Consume una buena parte del tiempo dedicado a la asistencia, tanto por parte del médico como de la enfermera.

Se suma a este problema la necesidad de mayores cuidados en la parte final de la enfermedad y la necesidad de la colaboración de los cuidadores formales e informales del paciente. Así mismo requiere en ocasiones de los servicios de atención hospitalaria. Estas son escasas pero dada la idiosincrasia del sistema hospitalario resulta muy caro. Desde las direcciones del sector se nos insta a desarrollar proyectos de calidad en este sentido y este es uno de los principales motivos para desarrollar este proyecto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Detección de factores de riesgo cardiovascular en población sana y con patología crónica
Aumentar la formación continuada en la insuficiencia cardiaca

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Desarrollar un proyecto de calidad asociado a este de detección de riesgo cardiovascular, en pacientes con patología crónica.

Desarrollar un calendario de sesiones dirigido al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la insuficiencia cardiaca

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cumplir los objetivos del proyecto de riesgo cardiovascular en población con patología crónica
Actas de 3 sesiones sobre insuficiencia cardiaca y cuestionario de satisfacción de los asistentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto de calidad detección de factores de riesgo cardiovascular en pacientes crónicos - abril 2018 - septiembre 2019

Sesiones clínicas sobre insuficiencia cardiaca de noviembre 2018 a noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARTA ACIN LACASA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ PEÑA PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- GIL UÑEZ CARMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- SIMON LOBERA BELEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La asistencia domiciliaria urgente precisa el transporte hasta el domicilio del material necesario para la asistencia al paciente.

Este ha de ser adecuado en cuanto al tamaño y contenido para poder ser transportado.

El maletín de urgencias actual tiene un tamaño que hace difícil su traslado y manejo en una urgencia, por lo que consideramos pertinente consensuar entre los profesionales la idoneidad del maletín

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Facilitar la asistencia urgente domiciliaria

Facilitar que todos los profesionales conozcan el maletín y consensuen su contenido.

Facilitar el transporte del maletín a domicilio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formar un equipo de trabajo responsable del proyecto.

Establecer criterios de contenido del maletín y responsable de actualización. y revision de caducidades

Establecer criterios de distribución del maletín

Comunicar al equipo las modificaciones desarrolladas en el maletín de urgencias y criterios de mantenimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Acta de formación del equipo responsable.

Hoja de registro de contenido de maletín, reposición y caducidades.

Hoja de responsables y periodicidades de revisión del maletín

Acta de presentación del nuevo maletín al equipo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Acta de formación del equipo responsable ---- Mayo 2019

Hojas de registro ----- Junio 2019

12 hojas de revisión del maletín / año

9. RECURSOS NECESARIOS.

Un maletín adecuado para trasladar al domicilio los recursos necesarios para la asistencia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atención patología urgente

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1106 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ISANTA POMAR CARLOS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ARBUÉS PALACIOS JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· BOROBIO FLORIAN ALFONSO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GIL UÑEZ CARMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ ESPLIGARES LAURA. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

+ % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
+ Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%). N° envases de amoxicilina / [n° envases de (amoxicilina + n° envases amoxicilinaclavulánico)] x 100 (alcanzar el 50% el porcentaje de amoxicilina frente a amoxicilina clavulánico, es decir, un aumento de un 2,3% respecto a 2018)
+ Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1106 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1115 (Acuerdos de Gestión)**

ATENCION AL ICTUS EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE BELEN SIMON LOBERA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ACIN LACASA MARTA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- GIL UÑEZ CARMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
- ORTEGA LARRODE CRISTINA. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

La atención al paciente con ICTUS se ha modificado, dentro del programa de atención al ICTUS en Aragón. Para implementar estas modificaciones en el centro de salud, consideramos necesario, consensuar las actuaciones al paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear un grupo de trabajo responsable del proyecto
Establecer un Cheklist para atender a estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión clínica presentando el protocolo y el Checklist de atención al pacietne
Sesión práctica del manejo del Cheklist.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cheklist en urgencia del centro de salud
Acta de la sesión práctica del proyecto de calidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

creacion grupo de trabajo ----- Abril 2019
Desarrollo del Cheklist ----- Agosto 2019
Sesión practica del proyecto ----- Octubre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Cañón de proyeccion

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MIMATE MUCHO

2. RESPONSABLE SUSANA SANCHEZ NAVARRO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. FISIOTERAPIA EN AP
· GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GASCON VAL MARIVEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· PAMPLONA CIVERA ANA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cuidador informal (no profesional) de un familiar en situación de dependencia, es una persona cada vez más habitual en consultas de Atención Primaria.
Se trata de un cuidado prestado en un ámbito privado e invisible con poco reconocimiento social, y con el paso del tiempo tiene como consecuencia una disminución del bienestar del cuidador.
La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionado por varios factores (E.Sala 2009):
-contexto del cuidador: entorno, expectativas familiares
-grado de dependencia del familiar: tipo de enfermedad
-elementos mediadores: soporte formal e informal

Los datos extraídos de la encuesta 'Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia' del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2008, las personas con discapacidad suponían el 8,5% de la población. (Encuesta que se realiza cada diez años).
La tasa de dependencia en España, con datos de 2018, se sitúa en el 25,6% con tendencia al incremento con el paso de los años.
La población dependiente en el CS de Miralbueno supone el 2% del total. Y la población mayor de 65% supone un 15,7%.
Se considera interesante una captación de cuidadores para proporcionar un soporte formal desde nuestro ámbito de Atención Primaria, con una participación multidisciplinar y una colaboración conjunta del Centro de Salud con el IASS Hogar Valdefierro donde se oferta el proyecto formativo a personas cuidadoras dentro del programa de promoción de autonomía personal (PAP) impulsado por el Gobierno de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Creación de un grupo de apoyo mutuo futuro y permanente entre las personas cuidadoras informales participantes
2. Facilitar herramientas reforzadoras y de empoderamiento para aumentar su bienestar físico y emocional
3. Aprendizaje de conocimientos e intercambio de experiencias para favorecer el cuidado de las personas a su cargo y el autocuidado de los propios cuidadores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto consta de 2 fases:
FASE 1. Destinada a la captación de personas cuidadoras y primera entrevista inicial grupal en el Centro de Salud
FASE 2. Derivación del grupo al Hogar de Valdefierro para iniciar el programa de formación y colaboración conjunta Centro de Salud y Hogar IASS para impartición de talleres por distintos profesionales del Centro de Salud cuando sea necesario

FASE 1. CAPTACIÓN

Mediante el programa OMI-AP, a través del ítem Dependientes-Inmovilizados se extraen los datos de las personas que necesitan cuidados y se identifica al cuidador familiar de CS Miralbueno y Oliver
Nos pondremos en contacto con ellos vía telefónica y expondremos el proyecto, ofreciendo la posibilidad de participación en el.
También se colocaran carteles informativos facilitados por el IASS como recurso de búsqueda activa de este perfil de personas.

ENTREVISTA INICIAL

Una vez conseguidos el número suficiente de pacientes que quieran participar (6 a 10), realizaremos en el Centro de Salud una entrevista inicial grupal en la que se realizará un estudio del perfil de la persona cuidada y persona cuidadora. También se realizará una puesta en común de necesidades del grupo y se pasarán unos cuestionarios para valoración inicial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

TEST DE ZARIT: Escala de sobrecarga del cuidador
EUROQOL-5D: Cuestionario de Salud
CUESTIONARIO DUKE-UNC: soporte social percibido
Encuesta al finalizar cada taller realizando una valoración del taller y ponentes y conocimientos adquiridos
Grado de participación

Proyecto: 2019_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MIMATE MUCHO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizará una primera actividad grupal inicial en Centro de Salud una vez captados un grupo de cuidadores informales suficiente.
Tras esta primera entrevista, valoración inicial con cuestionarios y conocimiento del grupo se realizará la derivación al programa del IASS Valdefierro manteniendo un contacto continuo con el grupo y el Hogar para la realización de talleres en los que podamos colaborar cualquier miembro del Centro de Salud en relación al tema de interés.
Al finalizar cada taller, obtendremos las encuestas de valoración para mantener ese feedback con el grupo.
Al finalizar el programa formativo completo nos volveremos a reunir para realizar una valoración final del grupo.
9. RECURSOS NECESARIOS.
Colaboración conjunta CS-Hogar Valdefierro
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores informales
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE DANIEL ESCRIBANO PARDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARBERA MONTESINOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1020 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER- PROYECTO DE CONTINUIDAD

2. RESPONSABLE MANUEL LOPEZ GRANADA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS OLIVER
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CASADO VELILLA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• GASCON BRUMOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA RUIZ MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
• PAMPLONA CIVERA ANA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
• CAROD BENEDICO ETEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Está demostrado que la inactividad física multiplica los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, así como acentuar la obesidad, hipertensión y diabetes.
El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, que junto a una alimentación sana podemos modificar y disminuir el riesgo cardiovascular.
Nuestra continuidad de proyecto es realizar paseos saludables debido a la detección de alto porcentaje de sedentarismo, bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Nueva sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre la continuidad del Proyecto Paseos saludables.
Creación dípticos informativos.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina.
Entrega de folletos informativos sobre la actividad.
Recogida de datos de los nuevos pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población adulta.
Salida a caminar los martes de 15.30 a 16:30 h. (excepto mes de junio que se realizará en horario 10:00 a 11:00h) en el parque Oliver.
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre beneficios del deporte y alimentación saludable.
Los participantes de la actividad irán acompañados de una enfermera del Centro de Salud, hasta el mes de octubre, para continuar el grupo autónomo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero 2019: Sesión informativa a miembros CS

Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas

- Febrero 2019: Creación díptico y carteles para su difusión
- Mayo 2019: Realización de una encuesta de satisfacción a pasar a los pacientes y planilla de seguimiento compartida en drive.
- Febrero a junio de 2019: Captación de pacientes en las consultas.
- Febrero a Junio, y de septiembre a octubre; actividad Paseos
- Diciembre 2019: Entrega y recogida de encuestas
- Enero 2020: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que ha participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

Proyecto: 2019_1020 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER- PROYECTO DE CONTINUIDAD

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los paseos se realizan fuera del horario laboral, voluntariamente 2 enfermeros.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER

2. RESPONSABLE EVA SANZ ABOS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS OLIVER
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CASADO VELILLA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• LOPEZ GRANADA MANUEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• MORENO BONA NATALIA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• BENEDICO SANCHEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
• LOZANO JOSA SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores. La prevalencia de pie diabético oscila entre el 2,4-6,35 % de la población general y entre el 8-13% de los pacientes diabéticos. Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto al tipo 1. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras. La Estrategia planteada en este proyecto está encaminada a disminuir las complicaciones asociadas al pie diabético incidiendo en las consultas de enfermería, incrementando la revisión del pie diabético y valoración del riesgo, para detectar y prevenir las complicaciones. También se deben establecer actuaciones en formación y difusión, e incrementar la calidad del registro en OMI; puesto que se detectan inequidades en la atención, dependiendo de las cargas de trabajo y la formación que ha podido desarrollar cada enfermera/o de atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
 - Identificar factores de riesgo locales del pie mediante la exploración visual con atención especial a las anomalías anatómicas y hallazgos más frecuentes, la relación entre hiperqueratosis y zonas de hiperpresión e identificando las necesidades de actuación preventiva.
 - Identificará los síntomas y signos de neuropatía y vasculopatía, adiestrándose para ello en la exploración de pulsos, monofilamento y realización del índice tobillo-brazo.
 - Realizará el manejo del pie de riesgo bajo y moderado, estableciendo el seguimiento indicado según el riesgo: Unidad o consulta especializada en pie diabético
 - Conocerá los criterios y el circuito de derivación a unidad/consulta de enfermería en competencias avanzadas ante un paciente con pie de riesgo alto y ulcerado
2. Aumentar la calidad del registro en OMI del paciente diabético
3. Mejora de educación terapéutica básica de cuidados del pie y calzado, fomentando el cumplimiento de las revisiones.
4. Conseguir incremento al menos 10% de exploraciones de pie diabético

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Abril: - Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia del proyecto
- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético.
- Análisis de datos actuales del C.S. Oliver
- Sesión clínica con el resto del EAP para exposición de datos de partida y proyecto
Mayo: - Sesión clínica teórica sobre pie diabético y metódica de registro en OMI
- 2 talleres prácticos: exploración
- Información sobre circuitos de derivación
Mayo a diciembre: mejora en el implemento el servicio de pie diabético en consulta de enfermería (datos del cuadro de comando)
Septiembre: - Reunión del grupo de trabajo para evaluación semestral
Diciembre: Evaluación de indicadores seleccionados, mostrando los resultados al EAP y propuestas de mejora para siguiente año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realización sesión formativa: Estándar SI

Proyecto: 2019_1100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER

- N° asistentes de enfermería a sesión formativa. Estándar >50%
- Realización de taller pie diabético: Estándar SI
- N^a asistentes taller práctico: Estándar > 50%
- N° asistentes del EAP a la reunión de evaluación. Estándar >50%
- N° de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/N° pacientes diabéticos >20% (datos del cuadro de comando de diabetes)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reunión del grupo de trabajo y sesión informativa inicial: Abril 2019.
- Mayo: talleres prácticos: Manuel López Granada
- Diciembre 2019/Enero 2020: Sesión de evaluación final, con análisis de indicadores. Ponente Eva Sanz Abós

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Doppler (Creemos necesario tener más de uno en el C. S. Oliver)
- Diapasón y monofilamento (recambio c/6-12 meses)
- Ordenador y cañón de video.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1104 (Acuerdos de Gestión)

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL CASADO VELILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIVANCO SANZ DOLORES. TCAE. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· VALIENTE LLORENTE BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MORENO BONA NATALIA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes es una enfermedad metabólica de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre. Estos pacientes realizan, en su gran mayoría el autocontrol de la glucemia mediante autoanálisis que consiste en la extracción capilar de sangre, colocación en una tira reactiva y su inmediato análisis en una pequeña máquina; glucómetro.

Actualmente en C.S, Oliver el suministro de material diabético a los pacientes, es realizado por TCAE a demanda y sin agenda, los martes y jueves de 11:30 a 12:30 horas, con gran variabilidad de demanda espontánea.

Además a pesar de las recomendaciones existentes, se está observando una gran variabilidad en:

- en la prescripción de tiras reactivas de glucemia
- en las revisiones de automedicaciones y control de los medidores de glucemia
- Una frecuencia de autocontroles no adecuada al tratamiento antidiabético recibido

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Creación de Agenda específica de suministro de material diabético
- Disminuir el tiempo de demora en consulta de Material diabético
- Adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol y seguimiento en consulta de enfermería.
- Disminuir la frecuencia de autocontroles en pacientes que no lo precisen
- Optimizar el coste del uso de tiras reactivas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación de agenda de Material diabético, con información a los pacientes, el mes previo en paneles informativos del centro y consultas y admisión.
- Proporcionar a las consultas de enfermería controlador de glucómetro y aplicación informática para valoración de automedicaciones de glucemias.
- Formación de manejo del controlador de datos del glucómetro. Ponente Manuel López
- Sesión al EAP explicando el proyecto y de la pertinencia del mismo
- Sesión : "Instrucciones de utilización de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar en el Servicio Aragonés de Salud" y unificar criterios
- Desarrollo del circuito de derivación de la consulta de Material Diabético a consulta enfermería/medico de referencia
- Sesión evaluación final

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Creación de agenda de Material diabético: Estandar SI
- N° consultas de enfermería que se adhieren al programa controlador de glucómetro: Estandar >50%
- N° asistentes a sesión inicial. Estandar >50% de EAP
- Diferencia de consumo de tiras: antes/ tras proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Enero 2019: Petición de controladores de glucómetros
- Abril 2019, Instalación informática en c. enfermería
- Publicidad e información de apertura de Agenda de Material Diabético
- Sesión del EAP
- Mayo 2019: Inicio de Agenda de material diabético
- Reunión de grupo para determinar circuito de derivaciones
- Mayo a diciembre de 2019: aplicación del proyecto
- Diciembre 2019/Enero 2020: Evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO

- Controladores de Glucómetros
- Permisos de DAP para aplicación informática
- Formación en controladores de glucómetros

10. OBSERVACIONES.

Quedaran fuera del programa los pacientes que se les ha concedido un medidor de glucosa FreeStyle Libre, que inicialmente y por orden de endocrino; continúan con igual consumo de tiras reactivas de glucemia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1168 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER

2. RESPONSABLE SUSANA LOZANO JOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO VELILLA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MEDRANO MARINO MARIA PURIFICACION. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MINGOTE TIZNE TERESA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

PROBLEMA

En el EAP de Oliver no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida.

Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios.

Consideramos que esto es necesario porque redundará en una óptima asistencia a los usuarios del centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Resultados que se esperan conseguir:

- Mayor conocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
- Adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
- Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida

Elaborar un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para conseguir una óptima asistencia a los usuarios.

Idear un registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Oliver en el año 2019 por periodos de trabajo o periodos formativos.

Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro.

Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.

El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria.

La encuesta constará un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:

(número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:

(número de encuestas-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

3. porcentaje de nuevos profesionales que acreditan conocer el funcionamiento del centro de salud:

(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:

(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100, resultado esperado 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración y calendario

Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Abril 2019

Reunión de equipo de trabajo para planificar el proyecto. Mayo 2019

Proyecto: 2019_1168 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER

Realización del manual de acogida, libro de registro y encuesta-cuestionario Mayo, Junio 2018.
Recogida de datos de abril a diciembre
Evaluación de Diciembre 2019/ Enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER

2. RESPONSABLE ANA ISABEL HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON BRUNA CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ABOS EVA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BENEDICO SANCHEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· PAMPLONA CIVERA ANA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
· BERGA CELMA MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO JOSA SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el Programa de Atención a Crónicos Complejos del Gobierno de Aragón está teniendo desigual desarrollo en las diferentes zonas sanitarias; mientras en marzo de 2018 ya se habían establecido unidades de atención en Barbastro y Alcañiz; en nuestra Área de salud, apenas se ha desarrollado.

Debido a las características que tiene la población del C.S. Oliver, consideramos que la implementación del programa desde Atención Primaria dará lugar a una atención sanitaria individualizada y continuada, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y cuidadores en el proceso de la enfermedad.

Por otro lado, se ha dado en 2019, desde DAP Z-3 se ha priorizado, entre otros, los proyectos de Paciente Crónico Complejo.

Dado que la formación ha sido escasa, nos basaremos en el Proceso de atención a pacientes crónicos complejos en Aragón de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón con fecha 11/03/2019.

Iniciando el proyecto con la Identificación, captación y acogida al programa, y posteriormente continuar su desarrollo dependiendo de más formación y desarrollo de coordinación entre niveles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1 - Identificar en OMI a los pacientes crónicos complejos objeto del proceso. Identificación
- 2- Comunicar al paciente los beneficios de la nueva organización asistencial. Captación
3. Garantizar la valoración integral del paciente.
4. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores garantizando que adquieren las competencias necesarias para el manejo de su patología y la detección precoz de descompensaciones
5. Establecer mecanismos en los centros de salud que garanticen a los pacientes crónicos complejos y a su familiar de referencia/cuidador la máxima accesibilidad al servicio de admisión, a su enfermera y a su médico de AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo, Enero 2019
Febrero 2019, inicio de revisión de Grupos de Morbilidad Ajustada por encima de percentil 99 y su posible inclusión.
Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Marzo 2019
Mayo 2019, revisión de GMA en percentil entre 97 y 99, y criterios de inclusión.
Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas de los mismos indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Porcentaje de pacientes con GMA = 97% que se han incluido en Programa. (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)
- 2- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA =97%) (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: Pacientes incluidos en el programa)
- 3- Porcentaje de pacientes incluidos con cuidador identificado
- 4- Porcentaje de pacientes incluidos con enfermera de referencia identificada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero: sesión clínica programa paciente crónico complejo.
Junio-julio: primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero 2020: revisión final

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER

Ordenador y proyector
Listas de GMA actualizadas
Formación desde DAP Z3 del programa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1095 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE PAUL ESPINOZA MOSQUERA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARTERO MUÑOZ IGNACIO. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- TENIAS GUALLAR JESUS. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1141 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO . ESTRATEJIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

2. RESPONSABLE ROSARIO LABORDA EZQUERRA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SADABA
- Localidad SADABA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- POLA COVA REBECA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ GUZMAN TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- MORENO GUSTRAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
- ARTERO MUÑOZ IGNACIO. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

LA VIOLENCIA DE GENERO ES UN PROBLEMA DE NUESTRA SOCIEDAD QUE AFECTA A LA SALUD EN TODOS SUS ASPECTOS ESTA DEMOSTRADA QUE LA EDUCACION BASADA EN LA IGUALDAD DE SEXOS Y OPORTUNIDADES ES LA BASE PARA ERRADICAR ESTE TIPO DE VIOLENCIA ..LA ADOLESCENCIA ES UNA EDAD ADECUADA PARA ADQUIRIR CONCIENCIA Y APTITUDES. VARIOS ESTUDIOS Y ENCUESTAS NOS HACEN PENSAR QUE LOS ADOLESCENTES NECESITAN FORMACION Y TOMAR CONCIENCIA AL RESPECTO,

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

EDUCAR, INSTRUIR Y CONCIENCIAR A LOS ADOLESCENTES PUEDE PREVENIR Y DETECTAR TIPOS DE RELACIONES DAÑINAS ASI COMO DE ABUSOS EN OTROS AMBITOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

REUNION CON AMPA PARA INFORMAR FAMILIAS, REUNION CON EQUIPO DIRECTIVO . CHARLA TALLER CON ALUMNOS Y ELABORACION VIDEO O CORTO CON ELLOS (GUION, MONTAJE ETC...)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

ENCUESTA CONOCIMIENTOS DETECCION VIOLENCIA GENERO ADOLESCENCIA Y EN GENERAL, DETECCION SEXISMO Y ENCUETA SATISFACION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

DESDE MAYO 2019 HASTA OCTUBRE - NOV. 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

MATERIAL EDUCATIVO AUDIO -VISUAL .INSTALACIONES PARA REAALIZAR CHARLA, VIDEO ETC...

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2019_1239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA

2. RESPONSABLE PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SADABA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· BUENACASA LAFUENTE CARMEN. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· TENIAS GUALLAR JESUS. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· POLA COVA REBECA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El blog del Consejo de Salud existente desde finales del 2017 ha ido incrementando el nº de visitas como resultado de las actividades realizadas en el proyecto del 2018 sin llegar a tener una difusión aceptable entre la población de la ZBS

Algunas actividades programadas en 2018 no se llevaron a cabo por falta de planificación y por la situación de inestabilidad del EAP debida al traslado de profesionales y bajas laborales a lo largo del año

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Incremento del nº de visitas del blog
-El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos.
-A través del buzón de sugerencias el blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Diseñar carteles para dar a conocer el buzón de sugerencias
Realizar actividad comunitaria con escuela CRA Los Bañales de modalidad concurso de dibujo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Incremento nº de visitas en blog

Nº entradas en buzón sugerencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero 2019: Concertar reunión con Dirección del CRA para plantear actividad comunitaria de concurso de dibujo y establecer bases con la temática "HÁBITOS SALUDABLES"

Febrero 2019: Realizar cartel presentando el concurso de dibujo.

Marzo 2019: Los alumnos del CRA realizarán dibujos sobre HÁBITOS SALUDABLES.

Abril 2019: Publicación en el blog los dibujos ganadores de cada ciclo educativo.

Mayo 2019: Diseñar carteles para divulgar buzón de sugerencias

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0658 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

2. RESPONSABLE BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· BUIL COMPANYY ESTHER. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LAFUENTE NATALIA. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ ABADIAS LUCIA. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

- La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más comunes de la infancia.
- La etiología más frecuente es VÍRICA. Si es bacteriana el Streptococcus pyogenes (EbhGA) es el germen más frecuente. Son muy raras en menores de 2 años e insólitas en menores de 18 meses.
- Se tiende a sobrediagnosticar la FAA como estreptocócica, lo que implica la prescripción innecesaria de antibióticos.
- Además, no se usan los antibióticos adecuados en muchos casos.
- En España, hay 16 millones de consultas anuales por odinofagia; 20% de las consultas pediátricas; suponen el 55% de la prescripción antibiótica en este grupo de edad.
- Lo primordial y práctico es averiguar si la FAA está causada por el EbhGA.
- Ningún síntoma/signo aislado ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar el 50% de probabilidad de FA por Estreptococo.
- Los estudios de sensibilidad y especificidad sugieren que el diagnóstico sólo mediante la clínica es erróneo en un 25-50% de los casos.
- Se detecta un uso inapropiado de antibióticos ante FAA víricas. En nuestro Centro de Salud se puede optimizar el uso de antibióticos en FAA. Hasta ahora no se ha empleado el test rápido del estreptococo en FAA dudosas, por lo que se plantea hacer un protocolo ante farinfoamigdalitis agudas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Optimizar el uso de antibióticos para evitar el evidente incremento de las resistencias a antibióticos.
- Educar a los pacientes para evitar automedicación y para que cuando precisen antibiótico cumplan la pauta prescrita.
- Seguir las líneas estratégicas del proyecto IRASPROA.
- Mantener como responsable del uso racional de antibióticos a la Dra. BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.
- Instaurar en nuestro Centro de Salud un protocolo de actuación ante FAA, que incluya el uso de los criterios de McIssac y el uso del test rápido del estreptococo cuando proceda.. Fecha de presentación del protocolo al EAP en Abril 2019.
- Población diana: pacientes (mujeres y varones) mayores de 3 años de edad, que acudan tanto a consulta ordinaria como en atención continuada y presenten FAA y que puedan precisar el uso de antibiótico.
- Emplear el antibiótico más adecuado si es una FAA bacteriana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Protocolizar la atención ante un paciente con FAA. En Abril 2019 de presentará dicho protocolo y se repartirán planillas de registro que recojan datos de paciente, criterios McIssac, resultado del test rápido de estreptococo si ha habido indicación de hacerlo, antibiótico si procede (cuál, pauta...), y toda información complementaria que proceda.
- Las planillas de registro serán entregadas a la responsable del proyecto y 2 veces al año se analizarán los resultados con los colaboradores para sacar conclusiones.
- La responsable de IRASPROA mantendrá informado al EAP de cualquier información que se le comunique desde la GAP o desde Farmacia mediante reuniones y/o sesiones clínicas de EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Fichas de registro de FAA. Se analizarán si han precisado antibiótico, si se ha prescrito el adecuado y si se ha disminuído el uso inadecuado de antibióticos. Se analizarán 2 veces al año.
- Al menos 2 sesiones clínicas en el Centro de Salud sobre infecciones en A.P.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Del 1 de Abril 2019 al 1 de Abril de 2020, con intención de continuidad indefinida una vez que se instaure el protocolo.
Las vías de comunicación serán tanto presenciales mediante reuniones de EAP como sesiones clínicas, al menos 2 en el año 2019. En caso de que haya miembros del EAP que no pueden asistir presencialmente serán informados mediante correo electrónico. Se hará acta de las reuniones/sesiones y se enviará por correo electrónico al EAP.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Fichas de registro de los casos de FAA en papel.

Proyecto: 2019_0658 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Material para hacer el test rápido del estreptococo.
Material de proyección de diapositivas para las sesiones clínicas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0882 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

2. RESPONSABLE EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADELL RUIZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CACHO VAL MARIA AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GIL LIGOS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAUS GREGORIO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos que se encuentran archivadas en los consultorios del EAP de Tarazona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dejar espacio en dichos consultorios y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo de la administración de la DGA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
- 2.- Contactar con binomio de los consultorios para el traslado de las historias clínicas al servicio de admisión del C.S. Tarazona.
- 3.- Documentar historias de exitus a partir del 1-1-2002 hasta 31-12-2015
- 4.- Enviar Archivos Definitivos
- 5.- Sesión al EAP sobre Documentación y Archivo (Ponente Dr. Carlos Seco).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Almacenamientos de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2002 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierre de la historia.

El formato será el de "Archivo definitivo".

Relacionar cada una de las cajas en la "Hoja de transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Conservar dicho documento en formato electrónico y enviarlo por correo a Magdalena Gómez (Jefa de Sección Archivo DGA)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
- 2.- Creación del circuito: marzo-abril
- 3.- Finalización del proyecto Diciembre de 2019
- 4.- Valoración de la actividad realizada

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EXITUS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0629 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE TARAZONA

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CORONADO JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LEON IRENE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO PARRA CARMEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL. PEDIATRA. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MACIPE COSTA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Partiendo del proyecto PROA iniciado el pasado año, insistimos en la importancia de realizar una prescripción antibiótica adecuada con el objetivo de disminuir las resistencias a antibióticos detectadas en los últimos años y que constituye un problema de salud pública importante. Para ello disponemos de las guías terapéuticas elaboradas en nuestro sector a partir de la Guía de Aljarafe y de los mapas de resistencias realizados en el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario. Los datos sobre consumo de antibióticos conocidos a través de las sesiones de la estrategia PROA (todavía no transmitidos a los profesionales en su totalidad) indican que hay aspectos que mejorar. Se ha detectado un uso inapropiado de algunos antibióticos como macrólidos (especialmente azitromicina) y algunas cefalosporinas de 3ª generación (por comodidad de posología, por insistencia de los pacientes, por inercia terapéutica,...) que habría que mejorar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar algunos de los indicadores de consumo de antibióticos (especialmente macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación) tanto en adultos como en población pediátrica de nuestra zona de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Sesiones formativas para reforzar el uso de las guías de tratamiento de enfermedades infecciosas. Destacar las patologías en las que es preciso el uso de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.
-Conseguir el compromiso de los profesionales para hacer un correcto uso de los antibióticos, especialmente de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Partiremos de los indicadores de prescripción de antibióticos que se nos van a proporcionar próximamente correspondientes a cada profesional y comparados con el resto de EAP, el Sector y la Comunidad Autónoma. Realizaremos una evaluación a finales del año para ver si hemos conseguido mejorar los datos. Al no conocer los datos de los que partimos no podemos fijar cifras de objetivos pero cualquier mejora nos parecerá óptima.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las sesiones se impartirán en los próximos tres meses. La evaluación se realizará a finales de este año 2019. Se prevé continuidad con otros grupos de antibióticos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sesiones clínicas impartidas por profesionales del EAP.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP BASICA, OBSTRUCCION DE VIA AEREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

2. RESPONSABLE JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA. CELADOR/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGO MOROS MARIA AMPARO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE BARRERA SARA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· SORIA JIMENEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· BELLIDO ALCEGA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde nuestra experiencia con escolares queremos volver a realizar dicho proyecto encaminado a saber identificar situaciones de riesgo como son la parada cardiorespiratoria (RCP básica), obstrucción de la vía aérea (maniobra de Heimlich) y manejo del desfibrilador (DESA) y creemos que es el Centro de Salud el lugar idóneo para realizar dicho proyecto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En general queremos que sepan reconocer una situación de riesgo vital como son parada cardiorespiratoria, atragantamiento y activar los sistemas de emergencia
Tener los conocimientos básicos para la utilización del desfibrilador y realización precoz de la resucitación cardiorespiratoria y maniobra de Heimlich.
Este proyecto va destinado a los escolares de 3º de la ESO de distintos colegios de Tarazona

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión de equipo a finales de marzo para concretar el proyecto y división del equipo en grupos encaminados a establecer:
educador para el recorrido del Centro de Salud
educador para la sesión del Power Point
educadores para los talleres prácticos

Reunión semanal para la organización del equipo en los días de la visita de escolares y cuestiones varias

El material del que disponemos es :

1 Desfibrilador para el manejo de la desfibrilación
1 muñeco para el aprendizaje de la RCP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se les invita a los distintos colegios y el día que acuden al Centro de Salud cumplimentarán un cuestionario pre test sobre los temas que vamos a tratar antes del recorrido por el centro, la sesión teórica del Power y el taller Práctico y posteriormente cumplimentarán de nuevo el mismo cuestionario para valorar los conocimientos aprendidos

Al terminar se les entregará un cuestionario para recoger impresiones de los alumnos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar.
Las primeras visitas tanto del Colegio Nuestra Señora del Pilar como del colegio Sagrada Familia se realizará en el mes de Abril (pendientes de que confirmen los días) y la finalización del proyecto será en Enero 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adolescentes/jóvenes
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación Sanitaria
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE IRENE PEÑA LEON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRON ESTRADA VANESSA. MEDICO/A. CS TARAZONA. SUAP
· INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TURRION GONZALEZ JESUS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ LAPENA MARIA ANGELES. TCAE. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CIORDIA GARICA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LATORRE BARRERA SARA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· SORIA JIMENEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Partiendo de los proyectos de urgencias realizados en años previos, insistimos en una buena organización de los espacios. En este caso no sería sólo una organización correcta del almacén, sino también la tenencia de los materiales correctos pues revisadas las existencias presentes en el mismo hay muchas cosas que no se usan y se caducan.

Además, importancia de organización de la salida de materia del almacén con un registro del mismo (para control de stock), así como concienciar de no acumular en las consulta aquellos materiales que se caducan e intentando en este caso la recirculación de los materiales en fechas próximas a su caducidad para su aprovechamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar organización del almacén y control de caducidades del stock.
Crear un registro de salida de materiales y de vuelta cuando están próximos a la caducidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones del grupo de trabajo y con los miembros del equipo del C. Salud para recabar información sobre los materiales que se consideran necesarios en el almacén y sobre los que sobran. Usar las mismas para concienciar sobre el acúmulo de cosas en las consultas.
Organización del almacén, rotulando los cajetines con lo que contienen y reorganización de las estanterías/espacio del almacén dejando a la vista lo más usado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de hoja de registro de salida: si/no.
Existencia de hoja de vuelta de material al almacén con caducidades registradas: si/no.
Organización del espacio: si/no
Rotulación de cajetines: si/no.
Sesión informativa al finalizar el proyecto para darlo a conocer. Al menos 70% de asistencia del personal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Trimestres 2º-3º-4º de 2019 con evaluación a final de este año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones con miembros del equipo.
Cajetines organizativos y sistemas rotulación

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS DE TARAZONA

2. RESPONSABLE PILAR GARGALLO GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSCOLIN GARCIA PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· BERGES ZUECO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ADELL RUIZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO RODANES MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGO MOROS MARIA AMPARO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad con alta prevalencia en las consultas de AP. En España constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y a pesar de los avances terapéuticos realizados, la IC tiene mal pronóstico.

Se sabe que cada nueva hospitalización por IC comporta un mayor deterioro de las funciones cardíaca y renal y que los episodios recurrentes conducen a un empeoramiento del curso clínico del paciente .

Además, la hospitalización por IC constituye aproximadamente un 70% del total del gasto generado por la enfermedad.

En consecuencia, la prevención secundaria de los episodios de IC representa un objetivo importante, tanto en términos médicos como desde el punto de vista socio-económico.

Un porcentaje significativo de los reingresos se produce durante las primeras semanas siguientes al alta y son prevenibles en gran parte, ya que las principales razones del reingreso temprano son la incompleta descongestión alcanzada durante el ingreso y un mal plan de transición. Es en este punto en el que una adecuada coordinación entre AP y Cardiología aporta mayores beneficios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar una estrategia con el fin de conseguir una disminución del nº de reingresos, con la optimización del tratamiento aplicado a los pacientes en el hospital y con la elaboración de un plan de transición y seguimiento del paciente.
- Continuar con el plan de formación sobre IC iniciado el año anterior para evitar la variabilidad en el tratamiento y manejo de los pacientes con IC.
- Establecimiento de un plan de seguimiento específico en el que se incluya una visita temprana tras el alta (7-10 días).
- Que pacientes, familiares y cuidadores participen activamente en el autocuidado del paciente.
- Establecer un protocolo de comunicación con el cardiólogo de área a través de la consulta virtual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Se programaran un mínimo de 2 sesiones clínicas
- 2- se realizará un protocolo para derivación de pacientes con IC a cardiología.
- 3- se establecerá un plan de seguimiento precoz de los pacientes dados de alta por IC.
- 4- Se les entregará a los pacientes una hoja con información clara sobre autocuidados y signos de alarma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- N° de sesiones realizadas : Mínimo 2
- 2- % de pacientes en los que se ha realizado seguimiento precoz tras el alta hospitalaria (7-10 días): > 80%
- 3- N° de pacientes que han precisado reingreso en los 3 meses siguientes al alta hospitalaria : <20%
- 4- % de pacientes que tienen recogida en su HCE el proceso de autocuidados y registro de FRCV

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las sesiones se impartirán de Abril a Julio 2019
La evaluación se realizará en Noviembre-Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sesiones clínicas impartidas por parte del equipo
Hojas de autocuidado del paciente con IC

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2019_1405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS DE TARAZONA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLOSO RODANES MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MACIPE COSTA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· GARGALLO GOMEZ PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TURRION GONZALEZ JESUS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CIORDIA GARCIA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LEON IRENE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuado. Con un dermatoscopia adecuado es posible tomar imágenes dermatoscópicas de las lesiones y adjuntarlas a la interconsulta que realicemos a Dermatología, de esta forma agilizaremos las consultas entre AP y dermatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo primario:

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

Realizar las interconsultas a dermatología aportando además de datos clínicos, características dermatoscópicas de las lesiones, así como imagen dermatoscópica de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de los médicos del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio . Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP. Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....) Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

Formación en el manejo del soporte informático necesario para la realización de consultas con teledermatología, adjuntando las imágenes dermatoscópicas de las lesiones a la interconsulta virtual a Dermatología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

Porcentaje de interconsultas virtuales solucionadas a través de la información clínica e imágenes dermatoscópicas emitidas desde AP al Servicio de dermatología sin necesidad de presencia física del paciente en la consulta de Dermatología.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2019 Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2019 Sesión formativa sobre el soporte informático necesario para adjuntar imágenes dermatoscópicas a las interconsultas virtuales a Dermatología: Junio de 2019 Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2019 Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2019 .

9. RECURSOS NECESARIOS.

Adquisición de dermatoscopio con soporte informático, para envío de imágenes dermatoscópicas y posibilidad de registrarlas en la Historia electrónica del paciente.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0600 (Acuerdos de Gestión)

PREVENCIÓN DE MALOCCLUSIÓN Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

2. RESPONSABLE ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LASHERAS GARCIA JULIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde nuestra experiencia en la Consulta observamos en gan número de niños/as con problemas de maloclusión y principios de caries muchos de ellos motivados por hábitos nocivos, los cuales son mejorables con una educación sanitaria dirigida a padres y a niños/as desde la infancia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer y mejorar los hábitos nocivos de maloclusión en niños/as.
- Educación sanitaria para la prevención de caries en la infancia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Participan enfermera de pediatría e higienista dental.
- Captación de niños/as en edades comprendidas de 4-5 años, aprovechando la revisión efectuada por pediatría en dichas edades.
- Derivación a la higienista Dental de dichos niños.
- Educación sanitaria para la prevención y maloclusión dental y hábitos bucodentales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Contabilizar el número de niños/as que acuden a la higienista dental derivados por la enfermería de pediatría a los cuatro años.
Valorar resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es un proyecto que viene determinado por las citas programadas de enfermería de pediatría de cuatro años. De esta se deriva a higienista dental.
Fecha de inicio del proyecto: febrero del 2019. Finalización del proyecto: Enero 2020.
Reunión de las participantes para clarificar conceptos y recogidas de datos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades dentales
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTINEZ GARCIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TAUSTE
• Localidad TAUSTE
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOPEZ FRANCES ANTONIO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
• LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
• BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA MONTENEGRO ALBERTO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
• GUILLEN GALVE MARIA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
• BANDRES OLIVAN MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 25,7 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2,0%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1085 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROA AP : MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP UNIVERSITAS

2. RESPONSABLE PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZNAR TEJERO PILAR. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO LAHOZ EVA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PERALTA GINES MARIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA GRACIA PAULA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Mejorar la seguridad del paciente y controlar las infecciones optimizando el uso de antibióticos en AP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover el uso adecuado de antibióticos en AP, mejorando su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos a través de indicadores claves para controlar las resistencias antibióticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Monitorizar dos indicadores de utilización de antibióticos.
Realizar formación específica a los profesionales de las infecciones más relevantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de profesionales que recibe formación sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019 9.4% (Mantener por debajo de la media del sector).
% De DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019 2%.
Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas sobre formación de antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo Presentación de informes de Monitorización.
Marzo-Diciembre Sesiones de formación : Abril : Infecciones respiratorias. Junio-Sept.: Infecciones urinarias.
Octubre -Diciembre : Infecciones de piel y partes blandas.
Junio - Septiembre Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

2. RESPONSABLE PILAR AZNAR TEJERO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NURILLO LAHOZ EVA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- DIESTE AISA LUCIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- PERALTA GINES MARIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- MUNIESA GRACIA PAULA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- BONED JIMENO CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- GIL MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Alta variabilidad en la atención al paciente con Ic en AP. necesidad de fomentar la prevención de actividades comunitarias. Favorecer el uso racional de los recursos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar las actividades preventivas. Reducir el uso urgente de atención sanitaria. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica. Fomentar el autocuidado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Aumentar la formación de los profesionales mediante sesiones formativas. Proporcionar listados de pacientes por cupo de Ic, para realizar captación activa. Facilitar la colaboración con el servicio de Med. Interna.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de plan de autocuidados.
Porcentaje de profesionales que ha asistido a las sesiones formativas.
Adecuación del tto farmacológico en IC : Pacientes polimedicaados a los que se ha realizado revisión de tratamiento.
Porcentaje de pacientes en tto con betabloqueantes respecto al total de patients con IC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el año actual.
Sesiones trimestrales Formativas y de recordatorio.
Realización de plantilla de autocuidados.
Consulta monográfica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales del EAP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

2. RESPONSABLE ROSARIO MATA BORDONABA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AZNAR TEJERO PILAR. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- TORRES TRASOBARES BELEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- PERALTA GINES MARIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- CONTI CUESTA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
- MUNIESA GRACIA PAULA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad de promover la realización de ejercicio físico al tiempo que sirve para promocionar las relaciones interpersonales entre pacientes/profesionales e interpacientes.
Favorecer las actividades comunitarias realizando charlas formativas en Institutos/ Colegios de la zona; realización de visitas al C. S por niños de colegios de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar las relaciones interpersonales, realizar ejercicio físico, dar a conocer medidas preventivas y de autocuidados en Institutos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Paseos cardiosaludables un día por semana con profesionales del EAP.
Realización de charlas en Institutos/Colegios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes que realizan la actividad.
Valoración mediante encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Curso lectivo : Septiembre- Junio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales del EAP.
Preparación de Power point.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividad Comunitaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1367 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ENFERMERA DE DESABITUACION TABAQUICA

2. RESPONSABLE TERESA TEJERO LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATA BORDONABA ROSARIO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nuestro Centro de Salud atiende a una población de unas 31.000 personas

Según la OMS el tabaco constituye la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial

Situación de partida: En el momento de la implantación no existe en el centro una consulta de deshabituación tabáquica

Están ampliamente demostrados los riesgos del tabaquismo, así como los beneficios (evidencias grado A) de las intervenciones para el abandono del tabaco

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana son todas las personas adultas que fuman y no tienen contraindicaciones psiquiátricas para iniciar el proceso de desabituación, y que solicitan la consulta

El objetivo que se desea alcanzar es que las personas atendidas dejen de fumar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad prevista: consejo individualizado para dejar de fumar a las personas dispuestas a hacer un intento serio de abandono del tabaco

Captación por los profesionales del centro, o a petición propia

Se hace una primera consulta, a veces dos, estructurada según las recomendaciones de la senFYC, considerando la historia, y los intentos de desbituación y recaídas
Se elabora un plan de seguimiento, tras el abandono del tabaco, en la consulta o por teléfono, semanal el primer mes, quincenal el segundo mes, a los tres meses, a los seis y al año

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de personas atendidas

Numero de consultas realizadas

Numero de personas que han abandonado el tabaco a los 6 meses y al año

Si ponemos como estándar la unidad de deshabituación tabáquica del hospital de Son Dureta, obtienen unos resultados de 51,4 % de abstinencias a los 6 meses y del 37,6 al año, se consideran unos resultados aceptables

Por supuesto, no esperamos alcanzar esas cifras ni de lejos, ya que carecemos de sus recursos (son una unidad formada por diversos profesionales dentro de un gran hospital), y nuestra población en algunos casos refiere que carece de recursos económicos para adquirir los fármacos o la TSN (puede costar unos 250/ 300 euros) por lo que en estos casos solo se pueden usar técnicas psicologicas

9. RECURSOS NECESARIOS

Adquisición de las boquillas necesarias para la cooximetría, las que tenemos en la actualidad no se adaptan al cooxímetro

Un espacio propio para el desarrollo de la consulta, ya que en la actualidad se hace en la consulta de enfermería compartida con otra profesional, es decir en el mismo espacio físico pasan consulta dos enfermeras a lo largo de la jornada

Plan de necesidades para llevar a cabo las intervenciones.

Tu respuesta

10. OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda o necesita aclaración, puede relatarlo en este apartado

Tu respuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1367 (Acuerdos de Gestión)**

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ENFERMERA DE DESABITUACION TABAQUICA

Duración indefinida, al año se hará evaluación de los resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Adquisición de las boquillas necesarias para la cooximetría, las que tenemos en la actualidad no se adaptan al cooxímetro
Un espacio propio para el desarrollo de la consulta, ya que en la actualidad se hace en la consulta de enfermería compartida con otra profesional

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las relacionadas con el consumo del tabaco, que son amplias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_0674 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS

2. RESPONSABLE ESTELA MILLAN SOBRINO
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN FERNANDEZ YOLANDA. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los efectos secundarios en la salud bucodental del paciente que está en tratamiento oncológico son importantes (mucositis, caries, enfermedad periodontal, xerostomía...). Actualmente estos pacientes no reciben ningún tipo de ayuda para mejorar el cuidado oral en este periodo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Informar a los pacientes de los cambios orales que van a experimentar. Dar medidas de higiene oral y cuidados para prevenir y tratar los efectos secundarios.
Los resultados que se esperan obtener; satisfacción de los pacientes y mantenimiento de la salud oral y de las piezas dentales.
La población diana son los pacientes que están en tratamiento con quimioterapia derivados por los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda. Se tendrá una reunión informativa con los médicos correspondientes para informar y explicar el proyecto y así nos puedan derivar a los pacientes a nuestra consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar una charla informativa del proyecto dirigidas a los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda. Una vista en odontología de cada paciente remitido donde se hará una exploración oral.
Realizar un total de dos charlas de promoción de la salud oral dirigidas a los pacientes en tratamiento con quimioterapia remitidos por su médico de A.P. Se avisará de las fechas de las charlas lugar y hora con un cartel informativo en el centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Después de cada charla se pasará una encuesta en la que se evaluará; el nivel de satisfacción, nivel de asistencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto durará desde mayo 2019 a mayo de 2020.
Charla con médicos de A.P a mediados de Junio.
Revisión oral de los pacientes cualquier día laborable dentro de nuestro horario de adultos.
Primera charla a pacientes: a mediados de Octubre.
Segunda charla a pacientes: a mediados de Enero.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala con proyector para realizar las charlas de salud oral dirigidas a los pacientes.
Tiempo para salir de nuestra actividad los días de las charlas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCIONES PARA INCREMENTAR EL USO DE LA PRESTACION DENTAL INFANTIL Y JUVENIL(PABIJ) EN EL SECTOR III ZARAGOZA

2. RESPONSABLE YOLANDA MILLAN FERNANDEZ
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN SOBRINO ESTELA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
· TARRAGO GIL ROSA. HIGIENISTA DENTAL. CS ROMAREDA (SEMINARIO). SALUD BUCODENTAL
· MARCO RUIZ NOELIA. HIGIENISTA DENTAL. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. SALUD BUCODENTAL
· TORNOS GONZALEZ MARIA PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
· BEGUERIA PEREZ MARTA. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
· CERON MACHADO PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS DELICIAS SUR. SALUD BUCODENTAL
· MARTINEZ MARCO ESTRELLA. HIGIENISTA DENTAL. CS TARAZONA. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

TRAS REUNIRNOS LAS HIGIENISTAS DEL SECTOR ZARAGOZA III Y HACER UNA LLUVIA DE IDEAS PARA PRESENTAR UN "PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN NUESTRAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL".

DETECTAMOS UNA DISMINUCION PROGRESIVA, AL SISTEMA SANITARIO PUBLICO, DE LOS NIÑOS EN EDAD DE ACCEDER AL PROGRAMA PABIJ, PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL, EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 13 AÑOS INCLUIDOS, CON UNA AMPLIACION DE COBERTURA HASTA LOS 16 AÑOS, EN CASO DE DISCAPACIDAD ACREDITADA.

DEBIDO, EN GRAN MEDIDA, A LOS CONTINUOS CAMBIOS QUE SE HAN REALIZADO DESDE SU IMPLANTACION, EN 2005, ENTRE ELLOS, EL ACCESO A LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL PUBLICAS. HA PROVOCADO UN DESCONOCIMIENTO GENERALIZADO TANTO DE PROFESIONALES SANITARIOS, COMO PADRES, A LA HORA DE SABER SI PUEDEN DERIVARLOS A NUESTRAS UNIDADES O ACUDIR A ELLAS DIRECTAMENTE, COMO OCURRIA EN LOS INICIOS DEL PROGRAMA.

ESTA DISMINUCION PROGRESIVA DE ASISTENCIA AL SISTEMA SANITARIO PUBLICO A LA LARGA AFECTARA A LA SALUD BUCODENTAL GENERAL DE TODA LA POBLACION. Y COMO CADA VEZ MAS, LA EVIDENCIA CIENTIFICA DEMUESTRA, LO LIGADA QUE ESTA TAMBIEN A LA SALUD GENERAL.

POR ELLO VEMOS LA NECESIDAD DE ABORDAR MEDIDAS INTEGRALES QUE PERMITAN OPTIMIZAR EL USO DEL PABIJ, INCORPORANDO A AQUELLOS USUARIOS QUE PROBABLEMENTE MAS LO NECESITAN Y MENOS LO USAN. CON UN ENFOQUE MAS PREVENTIVO Y ASISTENCIAL, YA QUE ESTO A PARTE DE DAR ASISTENCIA EN SALUD, POTENCIA LA EDUCACION SANITARIA, AYUDANDO A CREAR UNA FILOSOFIA DE CUIDADO BUCODENTAL ENTRE LA POBLACION MAS JOVEN. Y A SU VEZ ESTO AYUDARA A DISMINUIR LA INCIDENCIA DE MUCHAS PATOLOGIAS BUCALES Y GENERALES, CON LA DEBIDA DISMINUCION TAMBIEN DEL GASTO SANITARIO PUBLICO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-DIFUSION DEL PROGRAMA A TRAVES DE LOS PEDIATRAS Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR ZARAGOZA III.

-FOMENTAR LA DIFUSION DEL PROGRAMA MEDIANTE INFORMACION DESDE LOS CENTROS ESCOLARES. A TRAVES DE CHARLAS A LOS NIÑOS DE SEIS AÑOS.

-COORDINAR CON TRABAJADORES SOCIALES Y ASOCIACIONES PARA INCORPORAR A LA POBLACION DE EXCLUSION SOCIAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-CHARLA INFORMATIVA CON LOS DISTINTOS PROFESIONALES SANITARIOS.

-POSTER EN CENTROS DE SALUD PARA LA DIFUSION DEL PROGRAMA.

-CHARLAS EN COLEGIOS.

-FOLLETOS INFORMATIVOS.

-COMO CADA UNIDAD TIENE ASIGNADOS VARIOS CENTROS DE SALUD HACER EN ELLOS CHARLA INFORMATIVA CON PEDIATRAS, PERSONAL DE ENFERMERIA Y TRABAJADORES SOCIALES.

-COLOCAR LOS POSTER EN LA SALA DE ESPERA DE PEDIATRIA Y FOLLETOS INFORMATIVOS.

-CHARLAS EN LOS COLEGIOS PARA NIÑOS. DANDOLES FOLLETOS INFORMATIVOS PARA ENTREGAR A LOS PADRES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

EL RESULTADO DE ESTE PROYECTO SE TRADUCIRA EN UN AUMENTO DE LAS PRIMERAS VISITAS DE LOS NIÑOS EN NUESTRAS UNIDADES. EN LAS CUALES SE REALIZARA UNA REVISION DEL ESTADO DE SALUD ORAL CON EL OBJETIVO PREVENTIVO Y DE PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL. TODO ELLO REPERCUTIRA EN LA MENOR UTILIZACION DE LOS RECURSOS MATERIALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DENTALES Y SUS POSTERIORES SECUELAS. Y POR LO TANTO UNA IMPORTANTE DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO DEL SECTOR III.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-1ª CHARLA CON EL PERSONAL SANITARIO DE LOS CENTROS DE SALUD EN JUNIO 2019 Y COLOCACION DE POSTER A LA VEZ.

-CHARLAS EN COLEGIOS EN OCTUBRE 2019.

-FINALIZACION Y EVALUACION DEL PROYECTO PARA CONTINUARLO Y MEJORARLO EN LOS PUNTOS QUE SEAN NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCIONES PARA INCREMENTAR EL USO DE LA PRESTACION DENTAL INFANTIL Y JUVENIL(PABIJ) EN EL SECTOR III ZARAGOZA

9. RECURSOS NECESARIOS.
LOS PRECISOS PARA LA REALIZACION DEL POSTER Y FOLLETOS INFORMATIVOS.
-TIEMPO NECESARIO PARA PODER REALIZAR LAS SALIDAS A LOS DISTINTOS CENTROS SANITARIOS Y COLEGIOS PARA DAR LAS CHARLAS INFORMATIVAS, DENTRO DE NUESTRO HORARIO LABORAL.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD BUCODENTAL NIÑOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

2. RESPONSABLE ELENA OLMO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GASTON FACI ANA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GRACIA MARTA VERONICA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN. MATRONA. CS UTEBO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MUÑOZ RUIZ ANA FELISA. MATRONA. CS UTEBO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras el nacimiento de los niños, los padres, sobretodo padres primerizos, acuden a las consultas de pediatría con numerosas dudas y miedos en relación a la lactancia, alimentación complementaria, desarrollo psicomotor y cuidados básicos, que les generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra. Debido al límite de tiempo en las consultas, estos temas no se pueden abordar en profundidad y por ello se puso en marcha este programa, donde los padres son los verdaderos protagonistas ante los temas a tratar. Se observó que al comienzo de la lactancia materna había un aumento del abandono, y tras brindar a las madres un entorno en el que se sienten apoyadas por otras madres y profesionales, se conseguían lactancias más prolongadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dar a las familias un espacio de comprensión y apoyo donde puedan compartir dudas, sentimientos, preocupaciones, y que puedan adquirir y mejorar habilidades en la crianza de sus hijos, apoyados por el equipo de pediatría, otros profesionales y el grupo de madres que están en su misma situación, aliviando la sensación de soledad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La captación se realiza en las consultas de pediatría, matrona y en el resto de las consultas de los profesionales del equipo.

Es un grupo abierto, dinámico, en el que se incorporan madres/padres en el momento que nacen sus hijos y dejan de asistir cuando las circunstancias laborales no se lo permiten.

Las sesiones son semanales en horario de 12,30 h a 14 h en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado por el equipo de pediatría.

Los contenidos de las sesiones serán libres, abiertos a los intereses de las personas que acuden al taller.

Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias. Estas sesiones serán publicitadas mediante carteles informativos en el Centro de Salud y en el Edificio Polifuncional, así como en la revista mensual municipal y redes sociales del Ayuntamiento.

Las sesiones monográficas más solicitadas son:

- RCP, atragantamiento y accidentes.
- Alimentación complementaria.
- Hábitos de sueño.
- Lactancia.
- Musicoterapia.
- Porteo.

Para impartir estas sesiones se contará también con la colaboración de profesionales externos al Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de sesiones al año.
Número de sesiones con contenido monográfico al año.
Media de asistencia de padres y madres.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción de los usuarios y de los componentes del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1249 (Acuerdos de Gestión)**

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: personal de pediatría del Centro de Salud y otros profesionales especializados en las materias que preocupan a las familias.

Recursos materiales: sala multiusos del centro cívico del Ayuntamiento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de la salud.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ANA GASTON FACI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GARCES BALLESTEROS EVA. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARCO CALVO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 28,1% (reducción de 2% respecto a 2018)

-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Proyecto: 2019_1302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

2. RESPONSABLE ANA GASTON FACI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. MEDICO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA. MEDICO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· OLMO PEREZ ELENA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR. DIETISTA-NUTRICIONISTA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres están más concienciados, aunque no siempre bien informados.

A pesar de todo este esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de la población infantil, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación, como serían la obesidad y el sobrepeso.

Ya desde el inicio del embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos o tres años, la publicidad ya va dirigida a los propios niños, que son los que coaccionarían a los padres a la hora de realizar la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la alimentación de la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada de la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero el boca a boca sería muy importante en la edad infantil.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, el Ayuntamiento y los centros escolares públicos, como son los cuatro colegios, dos institutos y dos guarderías públicas. Y se trata de disminuir el consumo de productos procesados no saludables a la hora del almuerzo, para intentar reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la edad infantil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal sería reducir la tasa de sobrepeso y obesidad, que actualmente está en un 20%.

Otros objetivos serían mejorar la alimentación de la población infantil, disminuyendo el consumo de productos procesados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comidas los productos no saludables.

-Se recomendará a los niños no llevar productos procesados al colegio. Se les propondrá como alternativa que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.

-los cumpleaños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snacks

-Se promocionará el uso de fuentes de agua en sitios públicos frecuentados por los niños.

- Se involucra a los niños en la realización de los carteles y trípticos.

- El Ayuntamiento colaborará y divulgará las actividades realizadas.

- Se realizarán talleres para los alumnos de tercer curso de EP, tercer curso de la ESO, personal de guarderías, y todas las personas involucradas en la alimentación de la población infantil.

Se trabajará con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad durante los años que dure el proyecto.

Seguimiento del volumen de basura generado a la hora del recreo.

Encuestas de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

No hay fecha de finalización.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. obesidad y sobrepeso infantil
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UTEBO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· OLMO PEREZ ELENA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· BAILO GAY ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ CUARTERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· CONDE VAZQUEZ PAULA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El ejercicio físico tiene un impacto positivo en la prevención y mejora de enfermedades crónicas y mantenimiento de capacidades físicas y mentales. La prescripción de la actividad física en AP se viene realizando de forma habitual tanto en las consultas, sin embargo, no se deriva a los usuarios a una actividad concreta y adecuada a sus condiciones físicas y a pesar de la recomendación, se da un elevado número de personas que no realizan ejercicio físico. Existe una gran dependencia del sistema sanitario, siendo importante potenciar la autonomía y habilidades personales para el auto cuidado y la interacción social. En Utebo existen activos comunitarios que pueden ayudar a cuidar la salud de la población que el EAP desconocía. La puesta en marcha de la implementación del proyecto europeo Multimodal training ha supuesto una oportunidad para el conocimiento de los recursos comunitarios por parte del equipo y la derivación a este activo de salud desde las consultas de AP, logrando el trabajo en equipo de distintas instituciones, técnicos municipales de deporte, Ayuntamiento, Centro de salud en coordinación con el Instituto Aragonés de Ciencias de la salud, y las Direcciones de Atención Primaria, Salud Pública y Dirección general de deporte

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Sensibilización de las personas mayores de 65 años que no realicen ejercicio físico de los beneficios del mismo y conseguir que acudan al programa.
- Integrar la recomendación de activos en ejercicio físico en personas mayores en la consulta de AP, siendo el resultado de una decisión compartida entre el profesional sanitario y el paciente.
- Comunicación entre el centro de salud y los activos comunitarios con el fin de identificar a las personas susceptibles de beneficiarse del programa estableciendo un circuito y la información a intercambiar
- Colaboración entre las instituciones involucradas estableciendo protocolos comunes
- Introducir en la plataforma de activos comunitarios, el programa multimodal training para poder derivar desde la consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En Septiembre 2018 reunión del equipo de Atención Primaria en la que se da a conocer el proyecto y la participación del centro de salud en el mismo
Captación por parte del centro de salud de 54 personas mayores de 65 años que no realizaban ejercicio físico, durante los meses de Octubre, Noviembre, Diciembre y parte de Enero 2019.
Durante esos meses, en el centro de salud, se realizaron las mediciones físicas, A, Peso, Talla, IMC, contorno de cintura, contorno de cadera, índice WHR, Frecuencia cardiaca en reposo, Encuesta de salud EQ-E5-5L, test de depresión Desabeje, petición del consentimiento informado y analítica (Glucosa, si la persona estaba dx de diabetes hemoglobina glicada, Colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Se aprovechó la analítica que tuviera realizada el paciente en los últimos dos meses previos al inicio de la actividad y en los casos en los que no tenían, se les solicitó.
Desde el Centro de Salud se ha ido participando en la elaboración de los distintos documentos DAFO necesarios al tratarse de un proyecto europeo, del consentimiento informado que se ha dado a firmar a los participantes
Difusión de la actividad en la revista municipal de Septiembre 2018. El 21 de Octubre de 2018 reportaje en el Heraldo de Aragón.
Realización de dos talleres de nutrición al grupo
En Julio realizaremos las mismas mediciones que al principio para valorar los cambios en su estado de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Puesta en marcha del proyecto. Captación de 54 personas mayores de 65 años que no realicen ejercicio físico.
2. Introducir en la plataforma de activos comunitarios, el programa multimodal training para poder derivar desde las consultas
3. Registro en la historia de OMI en el protocolo de activos comunitarios.
4. Participación desde el centro de salud en las reuniones conjuntas entre los técnicos municipales de deporte, y IASS para el desarrollo de la actividad
5. Realización de dos talleres sobre nutrición al grupo.
6. Seguimiento de los participantes

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1489 (Acuerdos de Gestión)**

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UTEBO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El cronograma de la implementación ha conllevado acciones previas, reuniones, organización, que se han desarrollado desde Mayo a Diciembre 2018.

El programa con los usuarios comenzó en Enero 2019 y se desarrollará hasta finales de Junio - Primeros de Julio 2019. Una vez terminado el programa de entrenamiento, se procederá a la repetición de las mediciones y test y se evaluarán los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Desde el centro de salud, el trabajo del personal de enfermería y los materiales necesarios para la exploración física.

Una sala donde se realizan las reuniones y los talleres con los pacientes, cedida por el área de deportes del Ayuntamiento de Utebo.

Materiales empleados en las actividades físicas comprados con la beca del proyecto europeo y gimnasio por parte del Ayuntamiento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mejora y mantenimiento de capacidades físicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1040 (Acuerdos de Gestión)**

PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE PATRICIA BARRANCO OBIS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS VALDEFIERRO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamiento. Por lo tanto, es prioritario seguir con el proyecto en IC dada las características de la población de la zona del Sector III de Zaragoza, ya que constituye una de las primeras causas de ingreso en el paciente mayor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Diminuir el número de visitas a urgencias, hospitalización y visitas a AP.

Aumentar el número de vacunación antigripal y/o neumocócica.

Crear un programa y actividades comunitarias para poder reconocer los signos y síntomas de dicha patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Puesta en marcha de una consulta monografía de tabaquismo, realizando en ella orientación y tratamiento del mismo. Previamente el paciente ha sido derivado de otras consultas de enfermería y/o medicina (Test de Fagerström y/o Richmond).

A todo paciente sospechoso de IC se le realizara un ECG de 12 derivaciones, historia de salud, revisión de síntomas y signos, medicación..

Se realizaran sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR, EIR y estudiantes en prácticas de enfermería y/o medicina.

En época de vacunación se explicaran y se ofrecera la vacuna antigripal.

En estos momentos se ofrecera la vacuna neumococo 23 a todos los pacientes con 65 años (cumplidos en el 2019).

Insistir en los cambios de hábitos diarios (Suprimir tabaco, cafeína, controlar el hábito, dieta...).

Revisión de los programas de actividades comunitarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC de mayores de 65 años.

Número de pacientes que abandonaron el hábito tabaquico.

Aumento del número de vacunación antigripal respecto al año anterior.

Calidad percibida de los pacientes con IC, tras recibir información para reconocer los signos y sintoma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el año actual de la duración del proyecto de calidad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesitara varias horas, en diferentes días para poder ofrecer a todos los pacientes varias posibilidades para que puedan asistir a la consulta de deshabitación tabaquica, así como sesiones en grupo reducido para realizar terapias y/o grupos de autoayuda.

Disponer de varias citas (agenda OMI) para poder realizar a los pacientes seguimiento telefonico, resolución de dudas, o apoyo.

Se necesitara realizar un manual con una pequeña guía de cuidados del paciente con IC.

10. OBSERVACIONES.

La IC es un proceso complejo y es necesario un cambio organizativo en la atención a los pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1040 (Acuerdos de Gestión)

PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)

-Porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico. Objetivo 2019: 52,8 % (Mantener por encima de la media del sector)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

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

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

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB) FASE PREANALITICA EN ELEAPS VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS VALDEFIERRO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PEDRUZO GARCIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
• RERO GUIMERA MARIA JESUS. TCAE. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a la implementación del nuevo modelo de citaciones CitaLab creemos necesario esta actividad, para lo cual, se realizan sesiones clínicas informativas, en el EAPs. para dar a conocer el funcionamiento del nuevo modelo de recepción y gestión de las muestras en el laboratorio del HCU en la fase preanalítica. Con los técnicos del Sector III se realiza la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de citaciones, haciendo necesario realizar una Guía de usuarios, modificando la misma según se iban viendo las diferentes casuísticas de las peticiones generadas desde el EAPs. y desde los diferentes servicios del HCU, del centro de especialidades Inocencio Jimenez y demás hospitales del Salud de Zaragoza. Dada la necesidad de conocer el nuevo modelo, por parte del Equipo de Admisión, como del personal de enfermería, principalmente de la técnico auxiliar de cuidados enfermeros, es de importancia la implicación y buen hacer de este personal, dadas las dificultades del nuevo modelo. Se realizan varias demostraciones y casos que nos aparecen en esta fase preanalítica, así como los diferentes modelos de peticiones generadas en los EAPs y Hospitales. Para la implementación de este modelo, se ha tenido que cortar en algún momento las extracciones de sangre y recepción de las muestras, lo cual ha generado un retraso en las agendas de citación. -En la fase de implementación se produce un tiempo de adaptación al nuevo modelo por parte de los profesionales y usuarios, así como también en ese tiempo coexisten peticiones nuevas y previas al nuevo modelo, tanto de especialistas como del EAP. con la consiguiente alteración de las agendas de citación. -Este sistema requiere confirmar el nombre del paciente en cada uno de los pasos, desde la impresión de las hojas de extracción y etiquetas, en la entrega de hojas de extracción al paciente en el momento de las extracciones y también por parte del equipo de enfermería en el momento de la extracción de sangre.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Mejora de la trazabilidad de las muestras extraídas y recepcionadas.
-Mejor etiquetado de los tubos de muestras.
-Menor margen de error en la utilización de los tubos de extracción de sangre.
-Implicación de la Técnico auxiliar de cuidados enfermeros, además del Equipo de Admisión, especialmente de la jefe de Equipo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Acciones para la implementación del nuevo modelo:
Guías elaboradas para la implementación del nuevo proceso de la fase preanalítica por el Departamento de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos:

- 1-GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PETICIONES-EXTRACCIONES (A.P. y A.E.) EN LABORATORIO Z3.
- 2-Guía de usuario de citaLab.
- 3-Gestor de Peticiones (Manual Módulo de Extracción).

En la fase de implementación se han establecido tres agendas, dos incluidas en el programa de extracciones (Valdefierro, Valdefierro domicilios), en ellas están incluidas todas las extracciones (sangre y muestras), que realizan los profesionales del EAPs. y salen con una fecha prefijada.

La tercera está ubicada en el sistema de OMI. -Salas- Análisis clínicos Valdefierro- y en la que se incluye especialistas tanto del CS. cómo en domicilio, Simtrones y preferentes, (citas de extracciones que hay que adelantar).

En las citas de profesionales del EAPs. Existen dos tipos de cambios de fecha:

-Adelantar- citas (preferentes) por orden médica.

Al entrar en el programa de extracciones y localizar al paciente (introduciendo la fecha prevista y el código), se envía la petición, imprimiendo la hoja de extracción y se cita en la agenda de OMI.

-Atrasar- En el programa Z3CITALABSALUD, una vez localizado el paciente (introduciendo la fecha prevista y el código) al poner el día que se solicita y comprobar que está disponible se adjudica la nueva fecha.

Tipos de etiquetas en la citación por especialistas:

-Etiquetas preimpresas que se pueden pespegar y solamente hay que apuntar al paciente en la agenda de OMI.

-Hoja de extracciones sin etiquetas precortadas de DINA4, en ese caso hay que sacar las etiquetas preimpresas en el servicio de Admisión con el programa de etiquetas introduciendo el código de la hoja de extracción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Datos del Laboratorio del HCU. en la fase preanalítica.

Proyecto: 2019_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB) FASE PREANALITICA EN ELEAPS VALDEFIERRO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Monitorización durante un año.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Habituales. del EAPs.

10. OBSERVACIONES.
Documentación.
Esta debe de estar ajustada a las operaciones que se realizan con una guía básica para personas que habitualmente no utilizan el sistema.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda tipología y personas sanas.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1354 (Acuerdos de Gestión)**
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

2. RESPONSABLE ROSA ISABEL VILLARES ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
AYUDAR A SU ELABORACION EN LAS MAS IMPORTANTES ES UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA SAUD Y TRABAJAR DE ALGUNA MANERA LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
· - DESARROLLAR UN ROL PROFESIONAL.
- MEJORAR LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. INTEGRANDOLAS EN EL PROCESO VITAL DE LAS PERSONAS
- FAVORECER LA COMUNICACION TERAPEUTICA.
- MOTIVAR A LOS SANITARIOS A ESTE TIPO DE CUIDADOS.
- AUMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.
-FAVORECERLA COMUNICACION SOBRE ESTOS TEMAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-NUMERO DE DERIVACIONES.(REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA CONSULTA DE MANERA CONTINUADA

9. RECURSOS NECESARIOS.
FAVORECER UNA AGENDA ESPECIAL .
MAÑANA SIN OTRA LABOR ASISTENCIAL(SUSTITUCION)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PERSONAS QUE HANTENIDO PERDIDAS IMPORTANTES , NO HACE FALTA TENER`PATOLOGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE JESUS RODRIGUEZ ALVAREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARTOLOME LALANZA LUCIA. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- VILLANUEVA LABORDA JAIME. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Principal:

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de al menos dos profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Lesiones dermatológicas elementales y lesiones frecuentes en consulta de Atención Primaria.

Principios de la dermatoscopia. Patrones dermatoscópicos. Escala de Soyer.

e consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas viricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 5%)

Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación de los profesionales responsables: abril, Mayo 2018

Adquisición del dermatoscopio con cámara fotográfica por parte de la Dirección de AP primer semestre 2019

Elaboración de sesión consenso patologías banales, consulta de telederma por parte del servicio de Dermatología

Hospital Clínico Lozano Blesa: tercer trimestre 2019

Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

La implantación de la consulta de telederma está supeditada a la integración del software en OMI -AP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Proyecto: 2019_1376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP VALDEFIERRO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS VALDEFIERRO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de los objetivos estratégicos en la atención al Coronico Complejo, está la mejora de las reagudizaciones de la enfermedad epoc y asma así como la disminución de ingresos hospitalarios relacionados con el tema. El año pasado se instauró una consulta de enfermería, que en principio ha llevado casos aislados de consultas varias y de otras derivaciones que se captaron de una campaña activa que se hizo frente a gripe y tabaco. Para dar continuidad y forma a la consulta de enfermería es necesario seguir trabajando en este tema

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promover el uso adecuado de la farmacología frente al tabaco así como la promoción y prevención de estilos de vida saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Promover el uso adecuado de los fármacos prescritos frente al deshabituación tabaquica. Promover estilos de vida sana (dieta, relajación mediciones de monóxido de carbono y pruebas diagnósticas de acuerdo a las necesidades del paciente). Seguimiento del paciente en domicilio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes que reciben información en consulta de enfermería de deshabituación tabaquica. Reducción del consumo tabaquico en el 15% de los pacientes en consulta durante el 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

junio-septiembre. Monitorización de indicadores junio-septiembre sesiones en el equipo sobre resolución de Conflictos en la consulta de deshabituación tabaquica

9. RECURSOS NECESARIOS.

cañón materiales de relajación y control del Estres

10. OBSERVACIONES.

la consulta de enfermería de deshabituación tabaquica estará siempre supeditada al consenso del equipo de A. primaria de Valdefierro

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades respiratorias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1061 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS VALDEFIERRO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARTOLOME LALANZA LUCIA. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- LOMBARDO MURILLO JOSEFA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS VALDEFIERRO. TRABAJO SOCIAL
- GONZALEZ SANCHEZ MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
- VILLANUEVA LABORDA JAIME. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Esta anomalía en la composición corporal, tiene efectos importantes para la salud, desde la infancia y tanto a corto, como medio y largo plazo. Esto es aún más probable si existe historia familiar de obesidad, obesidad en la infancia tardía o adolescencia y en la presencia de obesidad mórbida.

Para la prevención de la obesidad infantil, numerosos estudios han realizado intervenciones que tratan de aumentar la ingesta de frutas y verduras ; sin embargo otros alimentos también parecen asociarse a una disminución de la ganancia de peso. En adultos, en el estudio PREDIMED, el grupo que recibió consejos de dieta mediterránea y fue suplementado con aceite de oliva, mostró una disminución significativa de la obesidad central y de la glucosa en ayunas, en comparación al grupo que recibió consejos generales sobre alimentación, mientras que los participantes que fueron suplementados con frutos secos, mostraron también una disminución de la obesidad central

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Valorar, en una cohorte de niños con riesgo elevado de obesidad, si mejora tras una intervención durante la infancia y la adolescencia, considerando estilos de vida saludables basados en la promoción de un patrón de alimentación mediterráneo y actividad física regular, comparada con un grupo control.

Prevenir la obesidad y riesgo cardiovascular en niños con padres con sobrepeso y obesos.

Objetivo principal : Disminuir la incidencia de obesidad tras 5 y 10 años después del inicio de la intervención

Objetivos específicos : Formar y motivar a los padres respecto a la dieta mediterránea y el ejercicio físico. Promover y potenciar la actividad física en los niños participantes. Estudiar las diferencias entre el grupo control y grupo intervención. Informar al Consejo de salud de valdefierro sobre el proyecto al comienzo y tras un año de inicio del proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El grupo intervención recibirá educación intensiva sobre estilo de vida mediterráneo (dieta mediterránea y promoción de la actividad física) aportando a las familias aceite de oliva virgen extra y pescado, que deberá ser consumido al menos 3 veces a la semana. Se propondrán actividades físicas gratuitas adaptadas a su edad para que los niños tengan acceso a 3 sesiones semanales de 60 minutos de actividad física moderada o intensa. La adherencia a la intervención se monitorizará regularmente. El objetivo principal será la diferencia en la incidencia de obesidad entre el grupo intervención y el grupo control. Incluir un recordatorio en la historia clínica para reforzar adherencia y continuidad al proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.-Aceptación del proyecto por las familias. Número de niños que siguen en el proyecto/ niños que lo iniciaron

2.- Asistencia a las sesiones deportivas y dieta mediterránea.

-Número de niños que asisten a actividades deportivas (media anual) /niños incluidos en proyecto

-Número de padres que acuden a formación (media anual)/ Número de padres adheridos al proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración total es de 10 años para controlar la antropometría y la adherencia a la dieta y el estilo de vida a largo plazo, pero el proyecto inicial de arranque de la actividad es de 2 años.

1ª hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)

2º se expone al plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas

3º se hacen 2 grupos casos y controles

4º durante el curso académico, se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea, se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.

5º Al final de cada año hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)

2º se expone el plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas

3º se hacen 2 grupos casos y controles

4º durante el curso se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.

5º se evalúa a final de año la adherencia al proyecto y se controlará : peso, talla, IMC y analítica de lípidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1061 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños normopeso de Valdefierro conal menos uno de sus progenitores obesos o con sobrepeso (IMC >25) . •EDAD.de 3 a 6 años.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_0963 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE SUSANA BUIL LANGARITA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS VALDEFIERRO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BARTOLOME LALANZA LUCIA. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
- BLASCO PEREZ MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Partimos de unas consultas que están igual que hace 20 años (mobiliario, decoración, ...) donde no se tienen en cuenta las características del entorno del niño. También debemos centrar nuestros esfuerzos en dar un trato a los niños más centrado en fomentar su autonomía y su participación. En la carta europea de los niños hospitalizados se hace hincapié en que los niños tienen derecho a disponer de juguetes adecuados a su edad, libros, y medios audiovisuales. También tienen derecho a recibir cuidados por personal especializado en cuidados pediátricos y a ser tratados con tacto, educación y comprensión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Atención integral a las necesidades infantiles: bienestar físico, psicológico y social
 - Ser capaces de crear un ambiente NO HOSTIL, donde el niño esté agusto en la consulta.
 - Ser capaces de crear un entorno que estimule las emociones y se promocióne la salud mediante el juego y la lectura.
 - Proporcionar elementos distractores (juguetes, decoración, etc) a los niños que faciliten diferentes técnicas como su exploración, vacunación, etc
- Explicar al niño lo que se le va a realizar mediante el juego simbólico (maletín médico infantil)
Humanizar el trato y la forma de atender a los niños en nuestras consultas. Humanizar está relacionado con la dignidad humana, la libertad y la autonomía.
Disminuir el miedo, el desconocimiento y la vulnerabilidad de los niños
Aumentar la calidad de vida de los niños.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Ofrecer entornos sanitarios más humanos, cambiando características de diseño de la consulta, espaciales, físicas, ambientales que los entornos de cuidado de la salud deberían tener.
- Sugerencias por parte de los niños y padres/madres para mejorar el entorno
- Decoración de paredes (previo pintado de la consulta), techo, adquisición de juguetes médicos simbólicos, mesas y sillas adaptadas a su tamaño, cajas, libros... Reordenación del mobiliario.
- Reunión de equipo para transmitir el proyecto de calidad y concienciar del cambio en el trato que hay que dar en la infancia
- Decoración del vestuario (bata) del personal que atiende a los niños.
- Colaboraciones a "believe in art" o a otros artistas que ayuden en el diseño de la decoración de las consultas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Realizar encuesta de satisfacción a niños y padres/madres que refleje si los cambios llevados a cabo en la consulta han conseguido disminuir el miedo, el estrés que supone ir a una consulta y que valore si el entorno nuevo y el trato hace que se sientan más agusto en el centro de salud
- Si el resultado es satisfactorio nos podemos plantear la extensión de esta prueba piloto al resto de las consultas de pediatría y a la sala de espera pediátrica de dicho centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión clínica para dar a conocer el proyecto
Implementación y desarrollo en la primavera/verano del 2019
Evaluación en 6 meses tras su implementación

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Pintores que pinten la consulta (no se ha pintado en 19 años)
- Believe in art o alguna otra asociación o artista que ayude en la decoración
- Juguetes que permitan el juego simbólico (maletín médico...) y peluches
- Juguetes que permitan valorar la psicomotricidad fina y la coordinación de diferentes edades.
- libros que fomenten buenos hábitos
- vinilos y stickers que decoren la consulta .
- mesa y sillas infantiles adaptadas al tamaño de los niños
- cajas decoradas para guardar juguetes, peluches....
- pinturas, ceras y folios
- bata decorada .
- móvil de techo para bebés

Casi todos los recursos se van a intentar conseguir mediante el mínimo gasto posible y reutilizando materiales

Proyecto: 2019_0963 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

donados y con compras de segunda mano para fomentar el reciclaje y el consumo responsable. Y pidiendo colaboración a asociaciones tipo Believe in art o artistas similares que colaboren de forma desinteresada en el proyecto

10. OBSERVACIONES.

Crear entornos sanitarios infantiles más humanos. Esta humanización de los espacios sanitarios ha de entenderse como parte de la cultura del cuidado del niño (sano o enfermo).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. La población diana son niños (sanos y enfermos) que acuden a la consulta de pediatría desde el nacimiento hasta los 14 años
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_1319 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DERMAP / DERMATOAP

2. RESPONSABLE SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· ROYO SARTE ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Principal:

Disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de lesiones cutáneas en AP

Objetivos secundarios:

Mejorar la relación e interconsulta entre Ap y dermatología

Introducción del manejo de la dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.

Fuente de información servicio de AP: lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

Aumentar la intervención quirúrgica menor en lesiones subsidiarias de la misma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación en medicina de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio.

Creación de grupos de trabajo AP-AE con la elaboración de protocolos comunes.

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....).

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (verrujas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Dotación de dermatoscopio en al menos 40% de los equipos de AP.

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas dermatológicas al año (superior al 60% de los profesionales médicos). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Mejoría en el manejo de las lesiones y en la derivación al recurso más adecuado. Método de evaluación: encuesta a los profesionales.

Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

Aumento de un 5% en derivación para biopsia de lesiones cutáneas desde AP.

Número de consultas monográficas de dermatología/dermatoscopia/cirugía menor. Igual o mayor de 14.

Lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: primer semestre 2019

Elaboración de sesión consenso patologías banales: segundo-tercer trimestre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dermatoscopios

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1319 (Contrato Programa)

DERMAP / DERMATOAP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1322 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICO COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CRISTINA SARASA BELLOSTA
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro DAP ZARAGOZA 3
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
 - LAFITA MAINZ SERGIO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
 - ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
 - LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
 - SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
 - AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
 - CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Continuidad asistencial
 - Selección a los pacientes con más necesidades
 - Responsabilizar y capacitar a los médicos y enfermeras de atención primaria
 - Integración de la historia clínica
 - Decisiones compartidas.
 - Involucrar al cuidador
 - Atención integral en los equipos (física, mental, social)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evitar y detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar.

El equipo de atención primaria realizará el seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos o síntomas guías.

Objetivos generales:

- Orientar la organización para dar respuesta a las necesidades de los PCC y sus cuidadores
- Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial
- Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
- Mejorar la calidad de vida y autonomía de este tipo de pacientes.
- Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia
- Revisar la medicación potencialmente inapropiada o contraindicada en estos pacientes.
- Disminuir el nº de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes

Objetivos específicos::

- A- Identificación, valoración y seguimiento del paciente. Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior.
- B- Atención a las descompensaciones.
- C- Medición de indicadores base.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

Establecer circuitos dentro del equipo para la atención del PCC.

Información/formación a los pacientes: plan de acogida y circuito.

Información/Formación a los cuidadores.

Pacientes en soledad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior. Incremento de al menos 55% de los pacientes incluidos en el programa crónico complejo (19-18) /18.
- Número de sesiones clínicas realizadas para abordar las patologías y sus descompensaciones. Superior a 30.
- Número de pacientes que acceden a la unidad por unidad de tiempo (mes).
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas (Superior al 50%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Inclusión de los pacientes

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1322 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICO COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA CRÓNICA AP
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1364 (Acuerdos de Gestión)

PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACION DE TRASLADO EN AMBULANCIA

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PESCADOR YAGÜE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRAJ GARCIA NIEVES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las solicitudes para el traslado de pacientes en ambulancia, llegan incompletas, mal cumplimentadas, ilegibles por defecto del fax o por la letra, no cumplen plazo de envío (48 horas), lo que conlleva tener que hacer llamadas a los centros para que nos faciliten los datos que faltan o están ilegibles y así poder tramitarlas y en algún caso puede haber retrasos en la recogida de los pacientes con el consiguiente demora en la llegada al centro sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de las solicitudes respecto a legibilidad, a la cumplimentación adecuada de los apartados, a errores en la filiación y dirección de origen de los pacientes, etc.
Que los solicitantes adecuen el plazo de solicitud a la fecha de traslado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contabilizar el número de solicitudes con algún ítem erróneo.
Identificar las principales causas de error.
Identificar los centros y profesionales con mayor tasa de error.
Informar a los profesionales implicados de los errores advertidos en la solicitud, informe periódico.
Recordar a los profesionales la normativa a través de un documento o ficha resumen.
Evaluación intermedia del impacto de las medidas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Comparación entre:
Número de solicitudes erróneas al inicio del proyecto/ número total de solicitudes (período de evaluación inicial)
Número de solicitudes erróneas al final del proyecto/ número total de solicitudes (período de evaluación final)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación de la situación abril-junio.
Inicio actividades de mejora mayo a noviembre.
Noviembre evaluación intermedia.
Después de noviembre continuar con proyecto o cerrarlo.

Recursos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologías
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0299 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

2. RESPONSABLE MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro DAP ZARAGOZA 3
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
• SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
• CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
• ZUECO OLIVAN GEMMA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
• LAFITA MAINZ SERGIO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
• FRAJ GARCIA NIEVES. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
• ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

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

Desde 2016 existe un grupo PROA de Atención Primaria en el Sector Zaragoza III que comenzó a trabajar en coordinación con el grupo PROA del Hospital Clínico y de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica para mejorar el uso de antibióticos en Atención Primaria siguiendo las líneas marcadas por el programa IRASPROA.

Para dar continuidad a este trabajo, y a partir de las necesidades detectadas en el grupo PROA-AP del sector, es necesario seguir trabajando en la monitorización y en la formación sobre el uso de antibióticos a los profesionales, y también a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

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

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

Seleccionar con los profesionales indicadores a monitorizar durante el año 2019.

Difundir la información sobre indicadores de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) del sector.

Mejorar la cultura de uso de antibióticos en la población: sensibilización respecto al uso adecuado de los antibióticos en los pacientes a través de las estructuras disponibles en los equipos de atención primaria del Sector

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaborar informes de utilización de antibióticos que permitan conocer el uso de antibióticos en la población.
2. Monitorizar algunos de los indicadores propuestos por el PNRAN entre los profesionales de AP del Sector Zaragoza III.
3. Analizar los indicadores propuestos y establecer áreas de mejora en aquellos que supongan un mayor riesgo para el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos.
4. Realizar formación específica dirigida a la población utilizando estructuras como los Consejos de Salud para su difusión.
5. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
 - a. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
 - b. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (test de estreptococo, prescripción diferida...).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

•% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

•Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018

Macrólidos. % de macrólidos (envases) respecto al total antibióticos. Objetivo: Inferior al 20%

DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón (1,9%)

- Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0299 (Contrato Programa)**

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Atención Primaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos y selección de indicadores a evaluar en 2019. Identificación de áreas de mejora individualizadas por equipo.
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
Marzo-Diciembre: envío trimestral de los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales de atención primaria.
Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización de uso de antibióticos dirigidas a la población.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CLASIFICACION DE RESIDUOS PARA RECICLADO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE SILVIA DOMINGO PEREDA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
• Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PASCUAL GARCIA MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS
• CIUDAD VARGAS VANESA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS
• MUÑOZ IRIARTE PATRICIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS
• GARCES VERA MARIA CARMEN. TCAE. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS
• NAVARRO MURILLO ISABEL. TCAE. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS
• LASOBRAS GARCIA MARIA VICTORIA. TCAE. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el desarrollo de la actividad quirúrgica en el bloque quirúrgico de CS Cinco Villas se generan gran cantidad de residuos plásticos principalmente y también de papel, debido al empaquetado de todo el material estéril. Actualmente todos estos residuos de desechan en un mismo contenedor con bolsa verde que va al contenedor de residuos sin recogida específica. Debido a la falta de puntos y contenedores de reciclaje en el bloque quirúrgico estos residuos no pueden clasificarse y desecharse adecuadamente. Como consecuencia de las alertas medioambientales acerca del impacto del plástico en el Medio Ambiente, y el riesgo para la salud consideramos que es imprescindible facilitar contenedores para la clasificación de residuos plásticos y de papel en el bloque quirúrgico, contribuyendo a la disminución del impacto medioambiental.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1- Conseguir que la clasificación de residuos sea una actividad totalmente integrada en el desarrollo de la actividad quirúrgica.
2- Concienciación de todo el personal implicado de la importancia de la clasificación y reciclaje para la salud y el Medio Ambiente.
3- Coordinación con el equipo de limpieza para la colocación de contenedores y el vaciamiento de los mismos.
4- Conseguir clasificar y reciclar mas del 9% del plástico generado en el bloque quirúrgico.(según la ONU, en el mundo sólo se recicla el 9% de todo el plástico).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Colocación de contenedores amarillos y para papel en el bloque quirúrgico
2- Elaboración de protocolo para clasificar los residuos correctamente.
3- Elaboración de un folleto para la difusión de la importancia de la correcta clasificación y el reciclaje para la salud y el MA, dentro del Bloque quirúrgico
4- Elaboración de protocolo para la retirada de residuos por el equipo de limpieza.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1- Porcentaje de plástico que se recicla en el bloque quirúrgico
2- Producción(peso) de residuos plásticos generados/ n° intervenciones realizadas
3- Encuesta de satisfacción de los profesionales implicados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1- Elaboración de protocolos (junio 2019 - dic 2019)
2- Difusión de protocolos (enero 2020 - marzo 2020)
3- Registro de indicadores (junio 2019 - junio2020)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Contenedores para clasificación
Carteles para señalar la correcta clasificación

10. OBSERVACIONES.

Se realizará clasificación y reciclaje tanto de residuos plásticos como de papel, pero los indicadores de evaluación hacen referencia al reciclaje de plásticos puesto que es el residuo que mayor impacto medioambiental y sobre la salud produce

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CLASIFICACION DE RESIDUOS PARA RECICLADO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Proyecto: 2019_0260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ LABUENA ANA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA
· LLERA GUERRA RAQUEL. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad existe una clara sobrecarga del sistema sanitario español. Dicha sobrecarga se extiende desde atención primaria hasta la atención especializada. Es tarea de los profesionales de la salud idear medidas de optimización de los recursos con el fin de mejorar el flujo de pacientes. La tecnología es un aliado que otorga al médico el poder de realizar, en la medida de lo posible, una medicina a distancia con una valoración basada en las pruebas complementarias. Existen muchas situaciones en las que la adecuada valoración de las pruebas y la correcta comunicación interprofesional favorecen la resolución precoz de las dudas del paciente si necesidad de ser sometidos a la lista de espera de una consulta. En otras ocasiones los datos objetivos complementarios evidencian la necesidad de una atención presencial en la consulta especializada, siendo esta más precoz si conseguimos liberar las consultas de pacientes con síntomas inespecíficos y pruebas complementarias dentro de la normalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es mejorar el manejo del paciente ambulatorio en el área de la Cardiología. Realizando un "screening" inicial telemático conseguiremos disminuir de nuestras consultas los pacientes con síntomas inespecíficos y normalidad en las pruebas complementarias. De la manera tradicional de proceder, el paciente acudiría a una primera visita, donde se le solicitarían una serie de pruebas complementarias, teniendo que acudir a una visita sucesiva de resultados. La finalidad es mejorar la calidad de la asistencia a nuestros enfermos, existiendo en las consultas una selección del paciente más grave y con patología confirmada en la mayoría de los casos. De esta manera se pretende reducir el número de días de espera para consulta presencial en aquellos pacientes que realmente precisan de un manejo estrecho. Esto pretende derivar en una reducción de las primeras visitas y visitas sucesivas en el ámbito de la cardiología ambulatoria, disminuyendo las demoras, y consiguiendo un manejo más óptimo de los pacientes con enfermedad relevante. De igual modo se consigue que el paciente preocupado por un síntoma inespecífico sea evaluado mediante la realización de una prueba complementaria, y reciba con mayor celeridad el resultado de dicha prueba. Con la valoración telemática se busca optimizar el tiempo de la consulta, realizando un cribado previo a la atención presencial en la consulta de Cardiología, reduciéndose así el número de primeras visitas y el número de citas sucesivas con el único fin de recibir los resultados. De esta manera también hacemos que la información del resultado llegue de manera más rápida al Médico de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de un protocolo de derivación desde los Centros de Salud de los pacientes ambulatorios con síntomas sugestivos de patología cardiaca. Optimización de la Historia Clínica Electrónica mediante el uso de la interconsulta electrónica y la valoración de electrocardiogramas de forma telemática. Ante síntomas clave como son palpitaciones, mareo, inestabilidad, disnea o soplo cardiaco, el paciente será evaluado inicialmente mediante el uso de la prueba complementaria (Radiografía de tórax, Péptido Natriurético (BNP), ECG-HOLTER, ECOCARDIOGRAMA). Con ello se realizará un cribado inicial de patología, siendo descartados para su asistencia presencial a la consulta los pacientes con normalidad de las pruebas y remitiéndose los informes de dichas pruebas normales a sus Médicos de Atención Primaria de forma telemática.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Tasa de primeras visitas presenciales: Número de primeras visitas al año/Población del área de las Cinco Villas.
-Proporción de visitas sucesivas presenciales: Número de visitas sucesivas/Número total de consultas (primeras visitas + visitas sucesivas).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Duración: Indefinida.
-Derivación optimizada de los pacientes desde atención primaria, utilizando la interconsulta electrónica y la realización precoz de las pruebas complementarias durante todo el año 2019 y en adelante.
-Evaluación del número de pacientes citados como primer día y visitas sucesivas durante el año 2019, y su comparativa con respecto al año 2018: Enero-Febrero 2020. Para poder comparar años completos se evaluarán de

Proyecto: 2019_0260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Octubre 2018 a Septiembre 2019 (comparados con Octubre 2017 a Septiembre 2018), ya que los datos del último trimestre del año suelen ser analizados en marzo del año posterior.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. PROTOCOLO DE INSTAURACION, FORMACION DEL PERSONAL Y OPTIMIZACION DEL PROCEDIMIENTO

2. RESPONSABLE MARIA ELENA NAVARRO AGUILAR
• Profesión MEDICO/A
• Centro CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
• Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA FORCEN LAURA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
• GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• LONGAS GASPAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
• NUEZ ANA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• BELTRAN PERIBANEZ JOAQUIN. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) se define como la asistencia ventilatoria sin necesidad de intubación orotraqueal (IOT), que mantiene funciones fisiológicas como la fonación, la expectoración y la deglución y que evita las complicaciones ocasionadas por la intubación, las propias de la ventilación mecánica invasiva y las derivadas de tener al paciente sedado. Además de reducir la necesidad de IOT, disminuye la mortalidad y estancia hospitalaria, siendo esto particularmente evidente en el subgrupo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reagudizado y Edema de Agudo de Pulmón cardiogénico, patologías frecuentemente atendidas en el Servicio de Urgencias y Medicina Interna. Así mismo existen muchos pacientes no candidatos a Reanimación Cardiopulmonar (RCP) ni IOT que podrían beneficiarse de la VMNI. Por las características de nuestro centro, este tipo de pacientes son en los que mayor número podría usarse. Existen diversos factores condicionantes de éxito de la VMNI como son: personal entrenado con experiencia en VMNI; existencia de un lugar de monitorización adecuado; selección adecuada de pacientes, material adecuado y el inicio precoz del tratamiento. Recientemente se han proporcionado al centro 2 aparatos de VMNI (iSleep20® y VIVO 40®) para su uso tanto en el Servicio de Urgencias como en el de Medicina Interna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mayor conocimiento y mejor manejo de esta técnica por parte del personal sanitario que atiende al paciente con insuficiencia respiratoria aguda.
- Mejor monitorización, evitando errores y detectando precozmente las complicaciones que permitan disminuir la morbimortalidad.
- Reducción de estancias hospitalarias con la optimización del procedimiento
- Aumento de la satisfacción tanto del paciente como del personal que lo atiende.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesiones formativas dirigidas a todo el personal que interviene en el manejo de la VMNI.
- Recogida en una base de datos los pacientes incluidos, tipo de indicación, parámetros de monitorización, éxito o fracaso de la técnica y causas de éste.
- Encuesta de satisfacción del personal que maneja la VMNI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- N° de pacientes que se utiliza la técnica
- Indicación de la técnica
- Análisis de tiempos: Tiempo de uso de VMNI. Días de estancia hospitalaria.
- Motivo de retirada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril 2019: Sesiones formativas del personal.
Mayo-Noviembre 2019: Recogida de información de los pacientes incluidos en la base de datos.
Diciembre 2019: Análisis e interpretación de los datos. Encuesta de satisfacción del personal sanitario.
Enero 2020: Exposición de conclusiones y modelo de mejora.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa más recursos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.
PROTOCOLO DE INSTAURACION, FORMACION DEL PERSONAL Y OPTIMIZACION DEL PROCEDIMIENTO**

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1008 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERÍA Y CARDIOLOGÍA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

2. RESPONSABLE OCTAVIO JIMENEZ MELO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CENTRO SANITARIO MONCAYO
- Localidad TARAZONA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANEL GRACIA SILVIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. CARDIOLOGIA
- HERNAEZ BRUNA LAURA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. CARDIOLOGIA
- PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. CARDIOLOGIA
- ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. CARDIOLOGIA
- ASENSIO CARNICERO MARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO MONCAYO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad que por su prevalencia e impacto sobre la salud es objeto de una continua búsqueda de medidas eficaces para su manejo. En España constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. La prevalencia de la IC aumenta exponencialmente con la edad y con la pirámide poblacional en nuestro medio supone un incremento de la carga asistencial y de la utilización de recursos sanitarios, representando entre el 1,5-2 % del gasto sanitario. La mortalidad entre pacientes ambulatorios con IC va desde el 6 al 37%, y aunque ha disminuido en los últimos años, se siguen buscando estrategias que disminuyan de manera significativa los reingresos y descompensaciones. Como respuesta a esta necesidad han nacido unidades de manejo multidisciplinar donde destaca el rol de enfermería en el manejo del paciente cardiológico ambulatorio. Nuestra consulta de Cardiología del CME del Moncayo no se escapa a esta realidad, además, contamos con problemas añadidos como lo son mayor porcentaje de población con edad avanzada y población de medio rural con dificultades de acceso. Considerando la importancia de la IC, el medio en el que se encuentra nuestra consulta y la figura demostrada en la enfermería en los programas de atención multidisciplinar justificamos la pertinencia de iniciar un programa de atención de Enfermería al paciente cardiológico de nuestro centro. Constituiría además proyecto piloto como consulta de Enfermería de este perfil en el sector III.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo es la creación de una consulta de enfermería que se desarrolle simultáneamente a la consulta de Cardiología. Los objetivos están muy bien definidos y son:

1. Reducir los reingresos por IC.
2. Reducir el riesgo de muerte y el riesgo de ingreso por IC.
3. Mejorar la calidad de vida relacionada con la IC.
4. Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
5. Alcanzar un perfil de tratamiento médico adecuado a las guías de actuación clínica.
6. Medir el impacto del rol de enfermería en el manejo del paciente IC.

Se seleccionarán los pacientes con diagnóstico de IC que sean valorados en la consulta de Cardiología del CME Moncayo y que en conjunto (Cardiólogo-enfermería) se considere que se pueda beneficiar del programa. El programa tendrá duración de 12 meses.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades se basarán en 4 aspectos: ACTUACIÓN EDUCATIVA (pacientes y familiares). ADECUACIÓN TERAPÉUTICA (supervisión/titulación de fármacos). EVALUACIÓN CLÍNICA (estatus del paciente). APROXIMACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES (facilitar el contacto con la asistencia sanitaria).

El plan de atención a los pacientes consistirá en:

- Atención programada: valoración a la entrada al programa, a los 3, 6 y 12 meses. En la primera consulta se realizará valoración inicial por enfermería (FRCV, tratamiento, IMC, diuresis, edemas, etc). Valoración de la situación antes del inicio del programa: adherencia al tratamiento, número de ingresos y descompensaciones al año, necesidades básicas de Virginia Henderson, calidad de vida, etc. En consultas sucesivas valoración de los cambios y mejoras en dichos aspectos.
- Atención no programada: pacientes a los que se pauten nuevos tratamientos que precisen titulación (diuréticos, antiHTA, etc) que precisen seguimiento estrecho para ajuste de dosis y evitar complicaciones. Citados a demanda de Enfermería y Cardiología.
- Atención telefónica: para casos muy seleccionados con difícil acceso al centro sanitario (medio rural, limitación movilidad, etc) a los cuales se pueda preguntar por síntomas o signos de alarma que precisen valoración.
- Sesiones planificadas de educación: durante los 12 meses se realizarán 3 sesiones educativas grupales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

A los 3, 6 y 12 meses se revalorará a todos los pacientes. Se monitorizarán las mejoras respecto al inicio del programa y los resultados con:

1. Cuestionarios de calidad de vida (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).
2. Adherencia al tratamiento (test de batalla, test Morisky-Green).
3. Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA.
4. Mediremos y comparemos respecto al año previo la tasa de reingreso por IC y por otras causas.
5. Tasa de descompensaciones que precisan valoración Urgencias o MAP.

Proyecto: 2019_1008 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERÍA Y CARDIOLOGÍA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

6. Mediante el score validado BioHF calculator se valoraran 3 aspectos específicos para ver si ha variado respecto al inicio del programa: riesgo de muerte, riesgo de ingreso por IC, riesgo de muerte o ingreso por IC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inclusión por parte de Enfermería y Cardiólogo de Tarazona desde la aprobación del proyecto. Se finalizará a los 12 meses de inclusión de cada paciente, siendo prorrogable según los resultados obtenidos. Numeral 6.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Personal de enfermería y Cardiólogo de la consulta de Cardiología del CME Moncayo. Espacio físico ya disponible con equipos habituales. Disposición de hora/semana para el personal de enfermería para la organización de la consulta.

10. OBSERVACIONES.

Valorar 6to componente por administrativo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

2. RESPONSABLE SILVIA ANEL GRACIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CENTRO SANITARIO MONCAYO
- Localidad TARAZONA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO LUNA MARIA JESUS. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. NEUMOLOGIA
- HERNAEZ BRUNA LAURA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. NEUMOLOGIA
- PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. NEUMOLOGIA
- ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO MONCAYO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se ha detectado un déficit de conocimientos y/o Manejo inefectivo de régimen terapéutico en pacientes de Neumología. Creemos necesario empoderar al paciente en estas situaciones mediante intervenciones educativas de enfermería, especialmente en la falta de conocimientos y/o de entrenamiento de dispositivos y generando hábitos de vida saludables en: Nutrición, seguridad, actividad, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés. Esta consulta de enfermería mejora la Autonomía, la calidad de vida del paciente y sirve de nexo entre:

ESPECIALISTA DE NEUMOLOGÍA -ENFERMERIA- PACIENTE CON EPOC o ASMA INTRINSECA.

En la consulta se realiza la primera valoración de enfermería utilizando las Necesidades básicas de V. Henderson y en especial a estos puntos

- Nivel de instrucción del manejo de fármacos y terapias (inhaladora, oxigenoterapia y manejo de dispositivos y nivel de conocimientos de su enfermedad para el control de síntomas)
- Factores de riesgo: tabaquismo, ansiedad, depresión, nerviosismo, hábitos de vida poco saludables, disnea, abandono de régimen terapéutico
- Conocimientos de entorno familiar u situación socio-sanitaria. En situaciones de dependencia, nivel de conocimientos del cuidador principal

Los pacientes en consulta de Neumología tienen diagnóstico médico de EPOC o ASMA intrínseco. El EPOC: es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar. ASMA, Inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión en el pecho. ASMA intrínseco, enfermedad sin estímulo inmunológico.

Los inhaladores son los dispositivos que facilitan la llegada de los medicamentos a los bronquios. Existen muchos tipos de inhaladores y cada uno tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus instrucciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Fomentar hábitos de vida saludables y proporcionar medidas higiénico-dietéticas.
- Facilitar al paciente los conocimientos básicos: para mejorar el control de síntomas, sus inhaladores y otras necesidades detectadas
- Aumentar autonomía para el manejo de su régimen terapéutico para eliminar al máximo la sintomatología y saber si son necesarios los inhaladores de rescate.
- Adiestramiento práctico de inhalador y refuerzo cada visita de la técnica: destrezas manuales para mejorar adherencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La consulta consistirá en realización una valoración de enfermería en consulta de Neumología y Espirometría.

- Facilitar una Guía útil con hábitos de vida saludables, medidas higiénicas y autovaloración de síntomas de agudización de su enfermedad. Instrucciones de cada inhalador adaptadas a los conocimientos/habilidades.
- Se realizarán sesiones individuales y/o grupales con pacientes y seguimiento conocimientos hasta revisión de neumología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para la valoración y evaluación de los pacientes en la consulta estarán incluidos en la valoración de enfermería.

- El test de adhesión. TAI
- Escalas de valoración de Actividades de la vida diaria (AVD)

Escalas de valoración AVD: Índice de KATZ y Índice de BARTHEL

Escala de Valoración de AVD Instrumental: Escala de Lawton y Brody

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De junio 2019 a junio de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Creación de consulta de enfermería en CME Moncayo para el paciente neumológico

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1140 (Contrato Programa)**

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES GIL HERNANDEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CSM DELICIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORALES ROZAS ANA BELEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· PAMPLONA FONDEVILA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· GOMEZ CONTE ROSANA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· CANTERO MORO VIRGINIA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El trastorno mental grave es una enfermedad que afecta de manera relevante a todas las esferas de la vida de las personas, provocando un gran déficit en autocuidados. Por esto es importante en estos pacientes la ATENCIÓN DOMICILIARIA (AD), ENTENDIENDO por AD, la intervención en el domicilio o entorno del paciente tanto, de forma presencial y directa como telefónica o a distancia.

Acudir al domicilio nos permite valorar de primera mano las condiciones de habitabilidad del hogar (que existan las infraestructuras necesarias para llevar a cabo las ABVD, baño, cocina funcionales etc, en unas condiciones adecuadas mantenidas en el tiempo). Además permite observar el manejo del paciente y/o familia en su entorno habitual.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS:

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

LA POBLACION DIANA:

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

INTERVENCIONES:

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

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

Recursos materiales: Bonobus, teléfono, etc.

ACTIVIDADES:

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

CAPTACIÓN:

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES:

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

Número de pacientes con objetivos cumplidos / Número de pacientes evaluados

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

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1140 (Contrato Programa)

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

CRONOGRAMA:

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

1ª fase: inclusión en el programa.

2ª fase: desde la primera fase hasta la valoración en domicilio no transcurrirá más de un mes.

3ª fase: contactar con el paciente, gestionar cita,

4ª fase: realización de las actividades del programa.

5ª fase: análisis de datos, evaluación.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1140 (Contrato Programa)

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1140 (Contrato Programa)

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO 2019-DICIEMBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0943 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP Nº SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ANDRES MARTIN GRACIA
· Profesión PSIQUIATRA
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAGUNA MARTINEZ CRISTINA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
· GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· JORCANO PEREA ANGELES. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
· EMBID GENE GEMA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
· LAPENA MARTINEZ ASUNCION. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
· LATRE LATRE TERESA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
· GRACIA TABUENCA CRISTINA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se detecta que hay familias de pacientes que ingresan en el CRP que manifiestan que no han tenido acceso a Psicoeducación familiar

Es importante que las familias de los pacientes tengan conocimientos del TMG para entender la enfermedad y afrontar adecuadamente las dificultades en la convivencia que puedan surgir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el conocimiento del TMG por parte de las familias de los pacientes ingresados en el CRP
Manejo adecuado de la convivencia familiar con un paciente con TMG
Disminuir los sentimientos negativos de las familias(culpa,impotencia,etc)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesiones semanales de psicoeducación familiar en el CRP
Difusión por escrito a las familias de los pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de familias a las que se ofertan los grupos de Psicoeducación
Número de familias que participan en los grupos de psicoeducación
Número de sesiones realizadas respecto a las planificadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De enero a junio de cada año a partir de 2019.
21 sesiones semanales de 1 hora de duración

Participan en la realización del grupo psiquiatras, psicólogas, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales adscritos al CRP
Ordenador del centro
Proyector del centro
Salas de grupos

10. OBSERVACIONES.

A las familias se les permite acabar el grupo de psicoeducación aunque su familiar haya sido dado de alta antes de que acabe el grupo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1136 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLAS PEREZ EVA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· SANCHEZ LAZARO CARMEN. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· MARTIN MARTINEZ CARMEN. PSICOLOGO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· MARTINEZ VERA MARIA TERESA. TELEFONISTA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
· GARCIA CORBALAN JORDI. MIR. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La mayoría de derivaciones al centro de salud mental (CSM) se realizan a través del médico de atención primaria (MAP). Es imprescindible mejorar la coordinación entre todos dado que la demanda de consulta es cada vez más elevada, recibiendo derivaciones de cuadros clínicos leves u otros ya en resolución, que desbordan nuestra lista de espera en detrimento de la atención que precisan los pacientes con trastorno mental grave (TMG). Con este programa buscamos dotar a los MAP de recursos en atención y tratamiento de estos procesos. Para ello seguimos las recomendaciones del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), que establece entre sus líneas la recomendación, entre otras, de priorizar diseños y gestionar procesos de coordinación asistencial entre atención primaria y atención especializada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- I. Crear una vía de comunicación fluida entre los Atención Primaria y Salud Mental que facilite la coordinación en casos complejos
II. Formar a los MAP en materia del manejo de los cuadros de patología mental común/leve para su abordaje eficaz desde Atención Primaria.
III. Apoyar y asesorar en el tratamiento y seguimiento de dichos trastornos
IV. Intentar reducir la lista de espera en CSM para poder ser más ágiles en la respuesta a la demanda

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Ofrecer sesiones cuatrimestrales de coordinación en cada uno de los centros de atención primaria (Valdefierro, Delicias Sur, Oliver, Miralbuena, La Almunia, Épila)
- Sesiones clínicas y teóricas dirigidas a médicos de Atención Primaria en distintos ámbitos.
- Revisión de casos del Centro de Atención Primaria y del Centro de Salud Mental
- Interconsulta telefónica (estableciendo horario fijo a convenir) o por correo electrónico
- Posibilidad de videoconferencia con las zonas rurales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Evolución del número de derivaciones de los centros de atención primaria
2. Tratamiento previo a la derivación por el MAP
3. Número de contactos establecidos, bien a través de llamadas telefónicas o correos electrónicos.
4. Evaluar grado de satisfacción del MAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Cronograma:
- Inicio del proyecto: abril de 2019, organización de primeras reuniones con CAP
 - Mayo de 2019: Primer contacto presencial
 - Junio a noviembre de 2019: visitas periódicas de facultativos de nuestro CSM a CAP. Sesiones formativas a convenir
- Evaluación del trabajo e indicadores: diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos, facultativos especialistas en psiquiatría y psicología del Centro de Salud Mental

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1136 (Contrato Programa)

COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Proyecto: 2019_1246 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME ALONSO-V PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL PEREZ BERGES

- Profesión TCAE
- Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
- FERNANDEZ ALVAREZ CARMEN. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
- LATRE LATRE TERESA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V
- LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME ALONSO V

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

-Debido a la necesidad de realizar contenciones mecánicas en la unidad como parte de nuestro trabajo en UME y observando deficiencias entre el nuevo personal contratado (nuevas incorporaciones, sustituciones ILT, vacaciones, etc.) y debido a la especificidad tanto del paciente de salud mental como de la técnica a realizar en situaciones complejas.

Consideramos esta iniciativa oportuna, útil y necesaria para favorecer la seguridad tanto del paciente como del profesional y equipo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Aumentar la confianza de los profesionales tanto del personal antigua como de nueva incorporación a la hora de realizar la contención.

-Mejorar la seguridad del paciente

-Mejorar la seguridad del personal que la realiza y de la unidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Se editará un folleto con indicaciones básicas en el que se informe de los pasos a seguir en la contención. cómo ha de estar la habitación (temperatura etc), material a utilizar y como se ha de utilizar el material.

-Situación del paciente en la contención

-Prácticas con el personal incorporado por lo general el primer miércoles de cada mes o cuando la oportunidad lo requiera

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Numero de practicas en el programa.

-Numero de personal en la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Periodos vacacionales (junio a octubre)

-Siempre cuando haya personal de sustitución o apoyo

9. RECURSOS NECESARIOS.

Profesionales adscritos a la Unidad UME Alonso-V.

Sala de contención

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1298 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE EVA VILLAS PEREZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SEVA FERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• GIL HERNANDEZ NIEVES. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• GARCIA CORBALAN JORDI. MIR. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• MARTIN MARTINEZ CARMEN. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• PAMPLONA FONDEVILA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• GRACIA PELIGERO EVA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS
• BELDA HIJANO JOSE. PIR. CRP NTRA SRA DEL PILAR. CSM DELICIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Resulta compleja la atención psiquiátrica a pacientes pertenecientes a la etnia gitana. Existen grandes dificultades diagnósticas (la experiencia clínica pone de relevancia una patoplastia peculiar sobre la que no encontramos tan apenas bibliografía ni estudios), y es complicada la planificación de tratamientos, pues topamos con una barrera transcultural que limita nuestra intervención, entre otros, por el rechazo de estos pacientes a gran parte de los recursos que se les ofrecen.

Todo ello lleva a no lograr evoluciones satisfactorias en buena parte de estos pacientes, incluso a no lograr siquiera una adecuada continuidad asistencial. Consideramos que existen una barrera transcultural que resulta insalvable si no logramos una mejor comprensión de su forma de vivir y expresar la enfermedad mental. Para ello resulta indispensable un estudio exhaustivo de las características clínicas de este perfil de pacientes que nos permita ampliar información y así lograr una atención específica y eficaz en esta población. Proponemos un programa que constituiría una primera fase imprescindible de acercamiento, estudio y análisis de una población particular y en gran medida desconocida, para poder así asentar las bases de cara a la creación de un programa de atención específico y necesario, de atención a en Salud Mental a etnia gitana.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Recoger en una base de datos estructurada y fiable a los pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM.
2. Hacer una recopilación de datos demográficos, clínicos, sociales y psicobiográficos.
3. Hacer con ello un estudio descriptivo fiable.
4. Lograr un mejor conocimiento de la patoplastia del paciente gitano en Salud Mental.
5. Lograr finalmente una atención específica y más eficaz en este perfil de paciente
6. Asentar las bases para una segunda fase del programa: contacto con Atención Primaria y Servicios Sociales; exposición de resultados y creación en coordinación con ellos de un programa específico de intervención comunitaria y atención especializada a etnia gitana que facilite la adecuada derivación, adhesión y tratamiento de esta población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Participarían los pacientes de etnia gitana con cita concertada en nuestro CSM entre marzo de 2019 y noviembre de 2019, bien en visitas de primer día o en visitas de revisión. La recogida de información se realizará a través de entrevistas directas mantenidas en esas visitas a nuestro CSM.

A través de la elaboración de fichas específicas, los datos registrados en las historias clínicas (sociodemográficos, diagnóstico, años de evolución, tratamientos ensayados, derivación a otros dispositivos, continuidad del seguimiento...) serán sistematizados de cara a facilitar su análisis. Por medio de un programa de cálculo estadístico se procederá al análisis de los mismos y a la interpretación de los resultados.

Contactaremos con Servicios Sociales municipales y Atención Primaria para compartir los resultados, poner en común las dificultades y plantear la creación de un programa específico de atención en Salud Mental a paciente de etnia gitana.

Contamos además con el interés mostrado por la Unidad de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario en nuestro proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- n° de pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM entre marzo y noviembre de 2019
- n° de fichas cumplimentadas con información recabada de las historias clínicas
- n° de ítems de cada ficha cumplimentados (fichas e ítems por definir a lo largo del programa que proponemos)
- n° de centros de atención primaria y servicios sociales contactados para la exposición y puesta en común de la información.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019 a noviembre 2019: recopilación de historias clínicas y recogida/ampliación de datos.

Proyecto: 2019_1298 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

- Abril 2019: creación de fichas específicas para la sistematización de datos
- Diciembre 2019: análisis descriptivo de los datos recogidos en las fichas; análisis de resultados.
- Enero 2020: contacto con Servicios Sociales Municipales y Atención Primaria, puesta en común de la información.
- Febrero 2020, creación de programa específico de intervención comunitaria y atención específica en salud mental a población gitana.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Humanos: todos los profesionales del CSM Delicias
- Soporte informático

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0571 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE HUEVO

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SOBREVIA ELFAU
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• FERRER CLAVERIA LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• CARRION SARI SILVIA KARINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• GARCES SOTILLOS MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• SEGURA ARAZURI NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• LEZAUN ALFONSO APOLINAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alergia a proteínas de huevo es un creciente problema de salud pública en los pacientes pediátricos, que afecta no solo al individuo alérgico, sino a sus familias, cuidadores, industria alimentaria, así como a los costes directos de salud, en comparación con los individuos no alérgicos.

La evitación estricta en niños es difícil, debido a que el huevo puede estar presente en muchos platos y productos manufacturados, por lo que no son infrecuentes las ingestas accidentales, que pueden llegar a poner en riesgo la vida del niño. Se conoce que aproximadamente el 21% de todas las reacciones alérgicas accidentales tienen como desencadenante el huevo, siendo el segundo en frecuencia, tras la leche (42%). Las exposiciones se deben principalmente a la ingestión no intencional, errores de lectura de la etiqueta y contactos cruzados. Además, existen pruebas sólidas de que la alergia alimentaria tiene un impacto en la calidad de vida en los pacientes y sus familias.

El objetivo de utilizar la inmunoterapia oral es permitir el consumo seguro de alimentos que contengan estos alérgenos en pacientes alérgicos.

El término inmunoterapia implica la administración gradual de cantidades crecientes de alérgenos con el propósito de inducir cambios inmunológicos protectores, siendo un tratamiento que altera la respuesta inmunitaria anormal subyacente, que, a diferencia de la farmacoterapia, puede proporcionar beneficios clínicos a largo plazo.

Algunos estudios abiertos han mostrado además un impacto positivo en la calidad de vida de los niños después de una inmunoterapia exitosa, utilizando cuestionarios validados. Además, en este grupo etario, buscamos inducir una desensibilización de forma precoz, reduciendo de una forma temprana el riesgo de reacciones por ingestas accidentales, con toda la problemática

psicosocial que esto conlleva, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la seguridad de los pacientes al iniciar el tratamiento en lactantes menores de 2 años alérgicos al huevo, de forma precoz tras el diagnóstico. Adquisición de un estado de desensibilización o tolerancia tras la introducción de la inmunoterapia oral con clara pasteurizada en niños menores de 2 años alérgicos al huevo, mediante la valoración de la ausencia de reacción tras la ingesta de este alimento al finalizar la pauta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ofrece en la consulta de alergología infantil, la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia con clara de huevo pasteurizada, a todos los padres/tutores legales de lactantes menores de dos años, una vez realizado el diagnóstico de alergia a proteínas de huevo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se establecerán 3 indicadores para monitorizar el desarrollo del proyecto:

* Número de reacciones alérgicas por ingesta de huevo en pacientes menores de dos años con diagnóstico de alergia a proteínas de huevo durante y tras el tratamiento con inmunoterapia. Comparar con pacientes a los que no se les ha realizado el tratamiento.

* Valoración de la tolerancia del alimento tras finalizar el tratamiento, lo que conlleva normalizar la dieta del paciente y su familia/entorno social.

* Se repetirá el estudio alergológico tras finalizar el tratamiento para comprobar si el paciente ha conseguido la curación o se ha conseguido la tolerancia y persiste sensibilización.

* Encuesta de satisfacción a los padres tras finalizar el tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se seleccionarán todos los pacientes que finalicen el tratamiento en el año 2019.

El tratamiento tiene dos fases, una de inicio donde el paciente recibe una dosis de clara pasteurizada en consulta, si presenta una adecuada tolerancia continua en domicilio tomando esa cantidad una vez al día y de forma semanal acude a consulta para realizar un incremento del 30%. Esta fase suele durar 20 semanas. Una vez que ha finalizado la fase de incrementos llegamos a la fase de mantenimiento donde tiene que tomar al menos un huevo tres veces por semana si continúa siendo alérgico o puede hacer dieta sin restricciones en los casos que el tratamiento el curativo.

Proyecto: 2019_0571 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE HUEVO

Los responsables principales de la implantación son: María Teresa Sobrevía y Gonzalo González.

9. RECURSOS NECESARIOS.

A todos los pacientes menores de dos años con diagnóstico de alergia a proteínas de huevo se les ofrece la posibilidad de iniciar el tratamiento.

Los pacientes acudirán a consulta de alergología infantil una vez por semana para tomar el alimento y permanecen en observación durante una hora para comprobar tolerancia, siempre debe estar un facultativo con experiencia para objetivar como se encuentra el paciente, si ha tenido reacciones previas y si se puede realizar el incremento. En caso de presentar reacción se tratará de forma adecuada. No precisa de otros recursos que no sea personal médico formado y con experiencia en tratamientos de desensibilización.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alergia alimentaria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0602 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

2. RESPONSABLE JOSE LUIS CUBERO SALDAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· CARBAJO MARTINEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· CARRION SARI SILVIA KARINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· LEZAUN ALFONSO APOLINAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· SEGURA ARAZURI NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· GARCES SOTILLOS MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La gestión de los riesgos y la seguridad del paciente son los dos pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos permiten mejorar la seguridad de los pacientes alertando de nuevos riesgos potenciales, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y fomentando una cultura de seguridad en la organización. Sin embargo, los sistemas de los que disponemos en la actualidad son poco cercanos al profesional y en ocasiones poco amigables para el usuario. Con frecuencia encuentran barreras prácticas en la notificación de incidentes fundamentalmente relacionadas con la dificultad de acceso y el desconocimiento de estos sistemas, que suelen estar basados en páginas web asociadas a la intranet del centro hospitalario. Esta es uno de las principales razones que se baraja para explicar el reducido número de notificaciones que se producen al SiNASP, que es el sistema que dispone nuestro hospital. Por estos motivos se ha decidido diseñar un plan complementario que consiga acercar estos sistemas de notificación al usuario mediante la utilización de un buzón físico y formularios en papel que serán analizados posteriormente por el equipo de mejora. Dicha iniciativa ha tenido buenos resultados en algunos servicios hospitalarios y está extendiéndose a otros en la actualidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Recopilar información sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se producen en el Servicio de Alergología.
- Registrar y analizar los incidentes notificados que pudieran dar lugar a un evento adverso.
- Transmitir la información al sistema general hospitalario SiNASP.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios y tratar de fomentar una cultura de la seguridad.
- Diseñar e implementar prácticas seguras a partir del resultado del análisis de los datos para evitar que se produzcan incidentes similares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se colocará un buzón accesible por todo el personal del Servicio de Alergología junto con los formularios de notificación impresos para que puedan ser cumplimentados de forma más sencilla por la persona que decida notificar. Se trasladará la información sobre este proyecto a todos los profesionales sanitarios del Servicio de Alergología y el buzón se dejará siempre en el lugar asignado. La notificación será anónima salvo que el notificante decida aportar su nombre para poder dar más información sobre el incidente si lo estimara oportuno. Las respuestas recibidas en el buzón serán analizadas semanalmente por el equipo de mejora en grupos de 2-3 integrantes y una vez al mes por la totalidad del equipo de mejora. En el caso de que la gravedad del incidente lo requiera se adelantará dicha reunión y se notificará al responsable del SiNASP y a la Dirección del Hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de notificaciones recibidas.
- Ratio de número de notificaciones * 100 / número de pacientes atendidos.
- Número de eventos notificados al SiNASP.
- %incidentes que conllevan un evento adverso.
- %notificaciones que conllevan una acción de mejora.
- Número de reuniones del grupo de análisis.

Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del formulario, colocación del buzón y difusión e implicación en el proyecto de los miembros del servicio.

Abril-Septiembre: recogida y análisis semanal de las notificaciones y reuniones mensuales del grupo de mejora.

Proyecto: 2019_0602 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Buzón

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. alergología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0604 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLÓGICOS

2. RESPONSABLE SOFIA VICTORIA LOZANO ANDALUZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CARBAJO MARTINEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• ARIZA SANCHEZ BERTHA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• HERNANDEZ ALAYA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• BRÍÑEZ GIRALDO TATIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
• COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los fármacos antineoplásicos y biológicos constituyen actualmente un pilar fundamental en el tratamiento de las neoplasias. Uno de los problemas clínicos con que nos encontramos en la práctica diaria y que limita frecuentemente la administración de estos tratamientos son las reacciones infusionales y, dentro de ellas, las reacciones de hipersensibilidad, que en no pocas ocasiones obligan a suspender el tratamiento. La suspensión del tratamiento idóneo para el paciente supondría una menor probabilidad de respuesta que será, además, de peor calidad, con un detrimento en su supervivencia y su calidad de vida. Con el objetivo de poder administrar el tratamiento idóneo para el paciente y de contrastada superioridad sobre otros cuando existen estos contratiempos, se han desarrollado protocolos de desensibilización. Los datos publicados nos permiten afirmar que la desensibilización es posible realizarla en la mayoría de los casos con éxito sin poner en riesgo la vida del paciente. La desensibilización consiste en la administración del fármaco al que el paciente es alérgico en dosis graduales hasta alcanzar la dosis necesaria, mediante la inducción de un estado de tolerancia temporal a dicho medicamento. Es una técnica de riesgo protocolizada individualizada para cada paciente que consta de múltiples pasos y que debe llevarse a cabo de forma correcta y estructurada por personal con el correcto entrenamiento y experiencia. Los errores en el procedimiento que pudieran ocurrir pueden tener consecuencias graves para los pacientes. Los listados de verificación (checklist) pueden ser unas herramientas útiles, de rápido y fácil manejo, que han demostrado su efectividad en otros ámbitos de la medicina para evitar posibles errores u olvidos a la hora de realizar un procedimiento, facilitar el trabajo de enfermería y fomentar la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Elaborar un checklist encaminado a la mejora de la seguridad en la realización de desensibilizaciones a fármacos antineoplásicos y biológicos.
-Detectar y aplicar posibles opciones de mejora de la seguridad del paciente en dichos procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Elaboración de un checklist específico para la realización de procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.
-Difusión y entrenamiento por el personal de enfermería y facultativo especialista encargado de la realización de dichos procedimientos.
-Aplicación de dicho checklist en todos los procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

a. Grado de implantación: se evaluará el porcentaje de cumplimentación del checklist en los procedimientos de desensibilización (estándar 100%).
b. Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de eventos relacionados con la seguridad, una vez puesto en práctica el modelo de checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se realizarán controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: se realizará una encuesta, al personal involucrado en la realización de desensibilizaciones, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.
Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del check-list.

Abril-Septiembre: aplicación del mismo en desensibilizaciones a quimioterápicos y fármacos biológicos realizadas.

Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0604 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALERGIA A MEDICAMENTOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE ZULEMA ESTHER BLANZACO ACIN
· Profesión TEAP
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FLORIA TRUC LIDIA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· LAFUENTE MAINAR ANA BELEN. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BARRA BORAO VERONICA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ANOZ CARBONELL ELISABET. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CARDIEL GARCIA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El pequeño tamaño de las muestras enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para el diagnóstico del cáncer de mama y pulmón, unido a los requerimientos, cada vez mayores de estudios adicionales para la indicación de terapias dirigidas, supone un gran reto en el manejo de estas muestras en el día a día. Por eso se decide protocolizar el procesamiento de este tipo de muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo a conseguir es protocolizar la recepción y el procesamiento de estas muestras pequeñas, para conseguir un máximo de rendimiento, reduciendo el tiempo de espera desde la recepción de la muestra hasta la entrega a los Patólogos, así como el de emisión del informe diagnóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Una vez informados los miembros del equipo se crea un protocolo, en la que se incluyen las tres fases;
En la Fase Prenaltica: la fijación de las muestras será entre las primeras 8 a 24 horas no superando las 72 horas. Se ha acordado con otros Servicios que se envíen las muestras al laboratorio a primera hora de la mañana para que se pueda procesar esa misma mañana las muestras.
En la Fase Analítica y una vez fichada la muestra se hará la macroscopía, incluyendo la muestra de BAG, todos los cilindros en un mismo bloque de color rosa, el color del bloque da prioridad a la hora de procesar la muestra y para muestras del aparato respiratorio el bloque será de color azul. En la microtomía también se han creado un protocolo para realizar varios cortes seriados para Hematoxilinas y posibles técnicas de IHQ y Patología molecular. Para líquidos pleurales se realiza un proceso rutinario de tinción y si lo considera oportuno el patólogo se realiza bloque celular.
En los EBUS se realiza la tinción manual y el patólogo da el diagnóstico al Servicio peticionario haciendo un informe provisional. Con los bloques celulares de los EBUS se realiza el mismo protocolo que con las biopsias pequeñas de pulmón.
En la Fase Postanalítica y una vez diagnosticada la muestra si hubiera que enviar el bloque de la muestra a otros Centros, se dispone de un registro y control en el archivo donde queda registrada la salida y entrada de dichas muestras y su lugar de envío.
También tenemos registro de incidencias donde queda constancia de donde esta la muestra en todo momento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Con estos protocolos en la Fase analítica se consigue que la muestra no se agote y se obtenga más rendimiento y menos demora a la hora de pedir posteriores técnicas de IHQ o moleculares.
Y en la Fase Postanalítica un mayor y mejor control del destino de las muestras y de las incidencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los TEAPYC de las distintas secciones, se coordinaran de tal manera que la muestra se procesara en la misma mañana en la que se recibe la muestra en el laboratorio y se seguirán los protocolos mencionados anteriormente en la macroscopía, microtomía, citología e inmunohistología. Estos protocolos se van a implantar en el laboratorio tras una reunión con los responsables de este proyecto de mejora y la duración será de 4 meses. Haciendo una valoración de estos protocolos pasados los 2 primeros meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los TEAPYC y Patólogos que trabajan directamente con estas muestras, realizaran reuniones para evaluar el rendimiento de estas muestras con los protocolos implantados. También se valorarán los tiempos de espera de entrega de muestras al patólogo y de la coordinación entre los TEAPYC Y Patólogos a la hora de implantar y ejecutar los protocolos

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0751 (Acuerdos de Gestión)

ESTANDARIZACION DEL DIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO CITOLOGICO DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA

2. RESPONSABLE ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARDIEL GARCIA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RAMIREZ GASCA MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BARRA BORAO VERONICA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La citopatología del aparato respiratorio es un tema amplio que requiere un estudio y conocimiento sistematizado de la morfología que presentan las células respiratorias normales, así como también, las alteraciones celulares de procesos benignos y malignos. Tanto el BAL como el BAS proporcionan un frotis con rasgos morfológicos relativamente propios en contraste con las muestras que se obtienen con el resto de técnicas diagnósticas empleadas para el estudio del sistema respiratorio.

Así mismo en el diagnóstico de La ecobroncofibroscopia o ultrasonografía endobronquial (USEB o más conocida por sus siglas en inglés como EBUS) que es una técnica diagnóstica mínimamente invasiva que complementa a la fibrobroncoscopia, ya que permite visualizar lesiones extrabronquiales y realizar punciones dirigidas. Con este método es posible diagnosticar de forma rápida el cáncer de pulmón y determinar simultáneamente el estadio de la enfermedad obteniendo muestra citológica de los ganglios linfáticos.

Sobre la base de las recomendaciones internacionales actuales de homogeneización y protocolización de los informes de anatomía patológica cuyo fin es contener la información diagnóstica clara y esencial que facilite su comprensión por el clínico que lo remite se propone la realización de protocolo diagnóstico unificado para la elaboración del informe final anatomopatológico. En el caso del estudio del EBUS, implementación del diagnóstico escrito del resultado de este estudio de manera inmediata una vez diagnosticado y que el neumólogo tenga acceso inmediato al mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear un protocolo diagnóstico estándar para el diagnóstico anatomopatológico de la citología respiratoria: aspirado bronquial y lavado bronquioloalveolar (BAS/BAL), respectivamente.
Incluir la pestaña de "intraoperatorias" en todos los casos de pacientes a los que se les realiza EBUS que lleguen al servicio de Anatomía Patológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reunión con los patólogos especialistas en patología pulmonar que se encargan del diagnóstico de este tipo de muestras citológicas para discutir la importancia de este proyecto de mejora.
Redacción de protocolo con los ítems principales que deben de estar presentes en el informe final de la citología BAS, BAL y EBUS adecuado a las recomendaciones internacionales vigentes.
Discusión del protocolo con su modificación, si fuera necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Grado de implantación: Pacientes en estudio en el servicio de neumología del HCULB a los que se les realiza estudio citológico para descartar patología tumoral/inflamatoria y realizar estadiaje.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1º mes Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
2º mes Puesta en marcha del proyecto.
3º mes Evaluación del grado de cumplimiento y discusión de posibles limitaciones.
4º mes Reunión para valoración y evaluación final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0860 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

2. RESPONSABLE LIDIA FLORIA TRUC

- Profesión TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAFUENTE MAINAR ANA BELEN. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
- CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
- RAMIREZ GASCA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
- ANOZ CARBONELL ELISABET. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
- MARTA CARLO BRUNO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
- GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El punto 5.6.2 de la norma ISO 15189, referente a la calidad en los laboratorios clínicos, recoge que todos ellos deben poseer sistemas de control que garanticen que las técnicas realizadas sean fiables y precisas.

Parte fundamental son los sistemas de trazabilidad de las muestras, incluyendo aquellas utilizadas como control inmunohistoquímico (IHQ).

Nuestro laboratorio se encuentra inmerso en un proceso de mejora integral, orientado a la implementación de la norma ISO 15189. En el caso específico de los controles para técnicas IHQ, es imprescindible conocer la procedencia de la biopsia control, así como hacer una correcta validación de los bloques obtenidos para su uso posterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Como objetivo de este proyecto es el de disponer en la sección de IHQ de nuestro servicio de un amplio banco de controles, con una trazabilidad y un banco de información referente a los mismos que nos permita cumplir los objetivos enmarcados en el proceso de acreditación para la norma ISO 15189.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Cuando un patólogo identifique una biopsia apropiada para su uso como control IHQ, se tomarán múltiples muestras de la misma, siempre intentando ajustarnos a los tiempos de fijación idóneos para la preservación de la inmunorreactividad.

Con el fin de diferenciar dichos bloques de los procedentes de la biopsia normal, deberá crearse un nuevo sistema de codificación que esté asociado al número específico de biopsia. Esto nos permitirá mantener la trazabilidad de la biopsia de origen y a su vez poder discriminarla de los bloques de la misma.

Una vez confeccionados los bloques, se procederá a la validación del tejido como control IHQ, dejándolo reflejado en un documento en el que recogeremos información referente al tipo de tejido que forma el control, biopsia asociada, patólogo que la válida, técnico de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico encargado de procesarlo, fecha de valoración, técnicas para las que está validado y fecha de baja en caso de ser necesario. Esta información será respaldada también en una hoja Excel, que permitirá disponer de la misma en tiempo real.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para este proyecto vamos a utilizar como indicador el porcentaje de técnicas de IHQ que disponen de un control validado según la norma ISO 15189, con respecto al total de técnicas realizadas en nuestro laboratorio. (número de controles según la norma ISO 15189 / número de técnicas IHQ realizadas)* 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Para poder realizar esta adecuación a la norma ISO 15189 de bloques control, nos hemos marcado un calendario de 11 meses. Este plazo es amplio debido a la necesidad de disponer de una amplia variedad de muestras para realizar esos controles y la no disponibilidad de un cronograma exacto de cuándo se va a recibir una muestra de las requeridas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto tanto los TSAPYC como los patólogos implicados realizarán reuniones en las que se irá determinando qué técnicas están en ese momento pendientes de disponer de un control validado.

Además de esto, no será necesario ningún recurso adicional para poder llevar a cabo este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0860 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA,
ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189**

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0081 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ESTEBAN LOPEZ BARBARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• PASTOR CABALLERO PAULA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• PASTOR TOMAS EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• MUR CAMPOS MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• LAHOZ MONTAÑES MARIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• FORES LISBONA LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• GIL CLAVERO SERGIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nos encontramos ante la necesidad de recopilar de manera rápida, ordenada y confidencial la actividad desempeñada diariamente en la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), de forma que se puedan recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de los tratamientos administrados, registrar posibles complicaciones, opciones de mejora y recursos empleados, todo ello encaminado a mejorar la calidad y seguridad del servicio prestado, además de servir de base de futuros proyectos de investigación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar una base de datos en Excel con las variables relacionadas exclusivamente con el manejo del dolor agudo postoperatorio de los pacientes sometidos diariamente a intervención quirúrgica o procedimiento invasivo. Se registrarán variables demográficas, asistenciales y del manejo del dolor que se recogían en formato papel, añadiendo además seguimiento postoperatorio, complicaciones y cómputo mensual y anual de procedimientos realizados, para control y previsión de recursos. Todos los datos estarán protegidos mediante contraseña, que se facilitará a los facultativos y enfermería implicados en la UDAP, garantizando así la confidencialidad de la base de datos. En ningún caso se registrarán variables sensibles, nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa, destinada al Servicio de Anestesia y Enfermería involucrados asistencialmente en la UDAP. Se procederá a la presentación de la base de datos y resolución de dudas, aportando además las mejoras que se consideren oportunas. A lo largo del año se pueden convocar más reuniones si surgen dudas o propuestas de cambio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos diariamente por la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio
- Revisión mensual y anual de los datos registrados, tomando las medidas oportunas en caso de detectar puntos de mejora, nuevas variables a incluir, gestión de los recursos empleados y previsión de recursos necesarios
- En cuanto a la evaluación, se realizará anualmente la medida de los indicadores de seguimiento (número y tipo de intervenciones, eficacia de los tratamientos, efectos secundarios y complicaciones, recursos empleados, posibilidades de mejora)
- Posibilidad de inclusión de los datos registrados en futuros proyectos de investigación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración de la base de datos durante el mes de enero por parte de la coordinadora del proyecto, sesión informativa durante el mes de febrero y puesta en marcha en marzo, introduciendo los datos de forma diaria. Revisión mensual de los datos por parte del grupo del proyecto y aporte de mejoras. Duración anual, prorrogable.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Programa de Microsoft Excel instalado en el puesto de trabajo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/PROCESOS INVASIVOS DOLOROSOS
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

2. RESPONSABLE JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLAGORTA GARCIA SILVIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALEZ ENGUITA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las náuseas y vómitos postoperatorios además de asociarse a una mayor morbilidad postoperatoria y un aumento de las complicaciones postquirúrgicas, constituyen una de las principales causas de retraso en el alta al domicilio así como de ingreso y re-ingreso en CMA. Todo esto genera un aumento en los costes y provoca insatisfacción en los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución de la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en la unidad de CMA. Elaboración de un protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificación de los pacientes de mayor riesgo en la consulta preanestésica (escala de Apfel). Empleo de fármacos durante el período perioperatorio encaminados a la prevención de náuseas y vómitos junto con una utilización de técnicas anestésicas que reduzcan el riesgo basal (manejo antiemético multimodal).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes en los que se aplica el manejo antiemético multimodal.
Porcentaje de re-ingresos en CMA y pacientes en los que se retrasa el alta hospitalaria debido a las náuseas y vómitos postoperatorios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Unidad de CMA.
Consulta preanestésica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo, de la piel, del sistema osteomuscular, ginecológicas y neoplasias.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

2. RESPONSABLE SILVIA IRENE SANTANDREU LACASA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ TORRERO CINTIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
- CASAMIAN CABERO MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
- SORLI LATORRE DIEGO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
- IBÁÑEZ LARRAGA MARIA NOELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
- SANTA ANA RAMO RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
- GUISANDE ABAD JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes en situación de hemorragia grave pueden necesitar la bomba de infusión rápida para el manejo de su shock hipovolémico. El personal sanitario responsable del montaje de la bomba de infusión debe de estar entrenado para realizar la técnica en el menor tiempo posible y sin incidencias que repercutan en la seguridad y evolución clínica del paciente.

El uso de la BIR es excepcional en su frecuencia, por ello, es conocida la falta de formación y errores de memoria en su montaje por parte de personal del bloque quirúrgico. Es necesario asegurar su aprendizaje porque siempre se realiza en situaciones de urgencia vital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear un soporte audiovisual que sirva de guía para el montaje de la bomba de infusión rápida y difundirlo para aumentar los conocimientos del personal del bloque quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se desea crear un método de aprendizaje sencillo, visual y de rápido acceso para situaciones que requieran el montaje de la BIR.

El video estaría disponible en la Intranet del Sector y podría visualizarse ilimitadas veces.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Encuesta de valoración de conocimientos sobre la BIR tras la difusión del vídeo en la intranet a los tres meses de su incorporación. Estándar esperado: 75% de respuestas correctas.

Número de visualizaciones realizadas en la intranet del sector a los 3 meses. Estándar esperado: 150 visualizaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fase I: Preparación del equipo y diseño del proyecto (del 01/02/2019 al 20/02/2019).

Fase II: Realización y grabación de la técnica en video (del 21/02/2019 al 24/02/2019).

Fase III: Tramitación y evaluación del proyecto de mejora (del 25/02/2019 hasta su evaluación).

Fase IV: Difusión del contenido (desde su aprobación hasta 01/09/2019).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesita de videocámara para la realización del video con audio, y un ordenador con software VideoMaker® para su procesamiento y montaje.

No se necesita presupuesto ya que contamos con los materiales necesarios.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0394 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

2. RESPONSABLE AURORA CALLAU CALVO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CONSUEGRA PATRICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEDRAZ NATALIAS MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BADEL RUBIO MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· AGUELO ASENSIO PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BADEL RUBIO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El HCU lleva a cabo cada año aproximadamente unas 2000 atenciones al parto. En este proceso intervienen un grupo multidisciplinar de profesionales; especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiólogos y matrones. La mayor parte de las embarazadas se decantan por experimentar el parto bajo una anestesia locorregional, en su mayoría una anestesia epidural.

A cada paciente se le ofrece, de forma comprensible, información detallada sobre la posibilidad de recibir esta técnica anestésica. Cuando el equipo de ginecología y obstetricia y matrones considera, el anestesiólogo entrevista a la embarazada y le explica las ventajas y riesgos de la anestesia epidural. El actual estándar para la analgesia epidural del parto consiste en una infusión continua a través del catéter epidural, de una combinación de anestésicos locales y opiáceos. Son numerosos los estudios y las guías de práctica clínica que demuestran que la analgesia epidural controlada por la paciente (PCA) es el método idóneo para el manejo del dolor en el parto ya que permite disminuir el consumo y las concentraciones de fármacos lo cual conlleva a un menor bloqueo motor que las técnicas de infusión estándar. Además, existe una mayor implicación por parte de la paciente en el control del dolor lo cual mejora la experiencia global del parto. Se plantea la creación de un protocolo para instaurar la implantación de la analgesia epidural del parto controlada por paciente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo Principal:

- Establecer un protocolo de analgesia epidural en el parto para unificar la actuación de los distintos miembros del servicio de anestesiología basándose en la implementación de la analgesia controlada por paciente.

Objetivos específicos:

- Hacer partícipes a las pacientes en el control de su propio dolor a medida que avanza el parto.
- Disminuir las dosis de anestésicos administrados a través del catéter epidural.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de analgesia en el parto.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido a las pacientes.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal que trabaja en el área de dilatación.
- Control a la embarazada por parte del anestesista una vez colocado el catéter epidural con la bomba de PCA para comprobar funcionamiento y ver evolución. Registro en gráfica mediante escala visual analógica (EVA) del dolor.
- Encuesta de satisfacción a las pacientes para ver grado de satisfacción y control del dolor.
- Recogida de datos para realizar la evaluación del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto (respecto al número total de bombas de analgesia epidural del parto colocadas en el HCU).
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA.
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el control del dolor.
- Aparición de efectos adversos por la implantación del nuevo sistema. % de pacientes a las que se les implanta el nuevo sistema que presentan efectos adversos. SI/NO
- Control global del dolor durante las distintas fases del parto medido a través de la escala visual analógica (EVA) del dolor. EVA en dilatación, EVA en expulsivo, EVA en alumbramiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Abril 2019:
- " Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas.
- " Búsqueda de últimas actualizaciones en analgesia para el parto.

Proyecto: 2019_0394 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

- " Elaboración de protocolos.
- Mayo 2019:
 - " Sesión informativa a facultativos, matronas y auxiliares para la exposición de los nuevos protocolos.
- Junio 2019:
 - " Puesta en marcha de nuevos protocolos.
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.
- Evaluación de la adherencia a los nuevos protocolos por parte de los anestesiólogos.
- Diciembre 2019:
 - " Evaluación de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Protocolos elaborados por el equipo de mejora.
- Bombas de analgesia controlada por paciente (PCA) suficientes disponibles en el área de dilatación, con sus correspondientes pulsadores.
- Casete específico de este tipo de bombas para conectar a la bolsa de medicación a infundir.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

2. RESPONSABLE PATRICIA GARCIA-CONSUEGRA TIRADO
- Profesión MIR
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CALLAU CALVO AURORA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - BELLO FRANCO SALVADOR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
 - PEDRAZ NATALIAS MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - BADEL RUBIO MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - PRADAL JARNE LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El servicio de Anestesia del Hospital Clínico Lozano Blesa asume alrededor de 25 pacientes de psiquiatría al mes que van a ser sometidos a terapia electroconvulsiva (TEC) con anestesia general. Antes de la realización de la técnica, son vistos por un anestesta para realizar el estudio preoperatorio. La media de sesiones de TEC por paciente es muy variable dependiendo de su patología, pero podríamos estimar de 8 a 12 sesiones por paciente. Esto supone realizar varias anestestias generales por paciente y la recogida de datos de las mismas en formato papel. Estas anestestias son realizadas cada día por un anestesiólogo diferente y la forma de reflejarla, por tanto, también es distinta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Crear un protocolo de recogida de datos específica para los TECs de forma clara y sencilla, donde se puedan plasmar todas las sesiones de un paciente, en un mismo formulario.
2. Disminuir la variabilidad entre los profesionales y la probabilidad de errores durante la sesión. (Mejora de la seguridad clínica en paciente sometido a TEC)
3. Facilitar al anestesiólogo la búsqueda de las anestestias generales previas que se le han realizado al paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Creación del grupo de mejora multidisciplinar (Anestesia /Psiquiatría). Reuniones con los facultativos del grupo para unificar criterios y elaborar el protocolo de recogida de datos del paciente candidatos a TEC.
- Puesta en marcha del Material específico para la anestesia general en TEC. El material contemplará diversos aspectos; número de sesión, medicación utilizada, escala HAN, Incidencias..

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Material realizado SI/NO.
- % de pacientes sometidos a TEC con el registro de anestesia cumplimentado / total de pacientes anestesiados para TEC.
- % de anestesiólogos satisfechos con la nueva recogida de datos, mediante una encuesta.
- % de incidentes relacionados con la seguridad del paciente sometido a TEC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Junio 2019: Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material
- Julio 2019: Sesión informativa a facultativos para la exposición del nuevo protocolo.
- Agosto-Septiembre 2019: Comienzo de la realización del documento.
- Octubre 2019: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión.
- Noviembre 2019: puesta en marcha del nuevo documento de recogida de datos.
- Reunión anual del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Material informático para elaboración del documento.
- Impresión del material

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0679 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

2. RESPONSABLE BELEN ALBERICIO GIL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• CARBONELL ROMERO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• PRADAL JARNE LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• PASTOR TOMAS EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• SOLA GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cefalea postpunción dural (CPPD) fue descrito en 1898 por el Dr. Bier, después de realizar una punción raquídea. La CPPD es la complicación más frecuente asociada a la analgesia epidural. Su incidencia ha disminuido a lo largo de los años, debido a la mejora de las técnicas, mayor experiencia del anestesista y al uso de agujas de menor calibre y de punta no cortante. Actualmente el riesgo de punción dural accidental en centros docentes es de 1 al 2,5%.

La International Headache Society la define como el dolor de cabeza que mejora con la posición supina dentro de 15 minutos y se exacerba en sedestación o en bipedestación dentro de los 15 minutos siguientes.

El dolor puede ir acompañado de rigidez de cuello, fotofobia, hipoacusia, náuseas o tinnitus. La cefalea se desarrolla dentro de los 5 días de la punción dural, por lo general se presenta dentro del 1º y 2º día y suele resolverse espontáneamente, o bien en las 48 horas tras iniciar el tratamiento; Sin embargo, algunas veces los síntomas pueden durar meses o años.

El dolor de cabeza puede ser intenso y con frecuencia dura más tiempo, llegando a ser de mayor incapacidad en pacientes obstétricas que en la población general. La CPPD se asocia a mayor estancia hospitalaria tras del parto vaginal, incrementa el número de consultas y provoca una marcada reducción de su calidad de vida.

Las opciones de tratamiento de la CPPD son pocas y de eficacia limitada. Hay poca evidencia científica en los trabajos publicados, ensayos clínicos con sesgos, con lo que no hay fuerza científica para formular recomendaciones claras. Faltan estudios comparativos y con rigor científico y de metaanálisis sin sesgo. Hay necesidad un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico para proporcionar evidencia de la eficacia de las medidas más comprometedoras.

La CPPD es a menudo compleja, grave, duración variable y merece una cautelosa e individualizada aproximación en su diagnóstico. Hay que valorar riesgo/ beneficio de la paciente antes de iniciar alguna medida tanto de prevención, profilaxis y tratamiento que incluya las opciones de catéter intratecal, la morfina epidural y el parche hemático epidural.

Dada la complejidad del tema es importante que se cuenten en los Servicios con protocolos escritos, claros e institucionalizados y que faciliten la toma de decisiones para que los pacientes reciban una atención óptima y de calidad en el tratamiento.

La falta de seguimiento de estos pacientes se asocia con mayor número de demandas médico-legales. Un seguimiento riguroso de estos pacientes es de una responsabilidad importante del equipo médico y debería realizarse por profesional experimentado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Crear un protocolo en el manejo de la CPPD para establecer unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica y establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestesistas de este centro.
2. Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de los pacientes para una asistencia de calidad.
3. Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los componentes del equipo realizarán una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones a fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales.

Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestesistas, ginecólogos, matronas,...) el plan de actuación en caso de punción dural accidental o cefalea post-punción en sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4ª planta (ginecología).

Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la incidencia, complicaciones, necesidad de tratamiento, satisfacción de los pacientes,...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, complicaciones, satisfacción de las pacientes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento.

Los valores a alcanzar serán: reducir la incidencia, optimizar tiempo de estancia hospitalaria, evitar complicaciones, mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir el dolor.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0679 (Acuerdos de Gestión)**

PROCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la incidencia y registros de la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica. La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:

Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.

Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.

Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.

Agosto: puesta en marcha del proyecto.

Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1017 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

2. RESPONSABLE JULIA GUILLEN ANTON
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• CHARLO BERNARDOS MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FORMACION
• GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• PASTOR TOMAS EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• LANAU ARIELLA MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
• PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DEL DOLOR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Cada vez es más frecuente que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas se hallen en tratamiento crónico con uno o varios medicamentos que no tienen relación con la patología que ocasiona la cirugía. Se estima en un 50% la proporción de pacientes quirúrgicos que se hallan en esta situación, sin incluir los fármacos antitrombóticos que requieren protocolos específicos. Los factores determinantes de la misma son los avances en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, que los hacen disponibles a pacientes con patologías cada vez más complejas y el envejecimiento de la población que favorecen la existencia de pacientes polimedificados crónicos. A pesar de los avances, las complicaciones en el período perioperatorio son frecuentes, especialmente las cardiovasculares. En este ámbito, los fármacos no relacionados con la cirugía se consideran un factor de riesgo. El correcto manejo de la medicación crónica no relacionada con la cirugía adquiere un papel relevante ya que en todo el mundo millones de pacientes se someten año tras año a intervenciones quirúrgicas, por lo que es fundamental poder anticiparse a las consecuencias de no suprimir o suprimir determinados fármacos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar y difundir una guía, basándonos en la bibliografía, sobre el manejo perioperatorio de los tratamientos crónicos que con mayor frecuencia llevan los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro Centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difundir la guía elaborada del manejo perioperatorio de los fármacos de tratamientos crónicos en las distintas Unidades Quirúrgicas de nuestro Hospital, tanto al personal médico como a la Enfermería de dichas Unidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Elaboración de la guía S/N
Difusión de la guía S/N

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019-Mayo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Revisión bibliográfica de la evidencia sobre el objetivo del proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes crónicos complejos con tratamientos crónicos sometidos a procedimientos Quirúrgicos c
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACION DEL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE SERGIO GIL CLAVERO

- Profesión MIR
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAHOZ MONTAÑES MARIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- FORÉS LISBONA LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro del ámbito de la anestesiología, uno de los campos que progresivamente está cobrando mayor importancia es la prehabilitación. Esta se puede definir como aquella "intervención multidisciplinaria que tiene como objetivo utilizar el periodo preoperatorio para prevenir o atenuar el deterioro funcional del paciente relacionado con la cirugía y sus consecuencias". Con ello, se ha conseguido incrementar la capacidad funcional de los pacientes y mejorar así la respuesta fisiológica frente a las agresiones, en este caso, la cirugía.

Dados los buenos resultados que ha dado la prehabilitación tanto en la disminución de complicaciones postoperatorias como en estancia hospitalaria, consideramos que es necesaria la creación de una base de datos confidencial con el registro de todos los pacientes atendidos desde su creación en el año 2014. De esta forma, se podrá recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de la prehabilitación, detectar posibles fallos y opciones de mejora, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaboración de una base de datos con el programa informático Access para registrar a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y atendidos en la consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa. Se registrarán las variables que hasta ahora se recogían en papel (sexo, edad, fecha de nacimiento y pruebas funcionales realizadas en la consulta) y se añadirán otras nuevas (relacionadas con la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio quirúrgico, características basales de los pacientes, marcadores hematológicos y nutricionales).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa con el fin de informar de su funcionamiento. Posteriormente, se procederá a introducir a los pacientes de forma retrospectiva, así como ir introduciendo de forma semanal aquellos atendidos actualmente en consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos por la Consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa: los pacientes estarán codificados, de forma que no se incluyan posibles datos identificativos en la base de datos. En ningún momento se registrarán nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados. Cada paciente será identificado por un código de 3 letras (en función de la patología) y el número de orden. Por ejemplo, para un paciente intervenido de cáncer colorrectal (CCR) el código será: CCR-001.
2. Revisión trimestral de las variables registradas, con la finalidad de detectar fallos o posibles puntos de mejora de la práctica clínica.
3. Evaluación de indicadores:
 - Número de pacientes atendidos de cada patología
 - Eficacia en la mejora de los resultados de las pruebas funcionales
 - Efecto de la prehabilitación en la mejora de los marcadores hematológicos/nutricionales
 - Disminución en el número de complicaciones postoperatorias
 - Disminución en el número de días de ingreso
4. Posibilidad de incluir los datos en proyectos de investigación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Calendario previsto:

- Abril de 2019: elaboración de la base de datos con el programa informático Access.
 - Primera semana de mayo de 2019: realización de una sesión informativa con el personal involucrado para explicar el funcionamiento de la base de datos.
 - A partir de la segunda semana de mayo de 2019: introducción de los pacientes de forma retrospectiva, así como la incorporación semanal de los nuevos pacientes.
- La duración del proyecto será de 1 año, con posibilidad de prorrogación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACION DEL HCU LOZANO BLESÁ

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1360 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DEL DOLOR NIVEL III

2. RESPONSABLE PEDRO CIA BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGO ROYO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· CUKO GENTIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VENTURA FACI TIRSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN ESTE MOMENTO EXITE UN ELEVADO NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR, ASÍ COMO UNA DEMANDA SOCIAL TRANSMITIDA A LA DIRECCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO, QUE PADECEN ADEMÁS UNA DEFICIENTE ATENCIÓN QUE TENGA EN CUENTA SU ENTORNO PSICOSOCIAL.
EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO PADECEMOS UN DÉFICIT CRÓNICO DE LA PLANTILLA DE ANESTESISTAS LO QUE CONDICIONA UN EXCESO DE DEMORA EN LA UNIDAD DEL DOLOR.
SIN EMBARGO LOS RECURSOS MATERIALES, DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN COMBINADOS CON LA PARTICIPACIÓN DE ESPECIALISTAS DE OTRAS ÁREAS COMO REHABILITACIÓN, NEUROCIROGÍA O PSIQUIATRÍA FAVORECEN UN NUEVO ENFOQUE DE LA UNIDAD DE DOLOR HACIENDO DE ESTA UNA UNIDAD FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
CREAR UNA UNIDAD DE DOLOR NIVEL III SEGÚN LOS ESTÁNDARES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PRESTAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO. RECURSOS PREVISTOS PARA ESTA ACCIÓN: INCORPORACIÓN DE UN ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA A LA UNIDAD, ESTABLECIMIENTO DE CONSULTAS DE VALORACIÓN INICIAL Y ESTABLECIMIENTO DE GRUPOS DE TERAPIA.
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE PARA LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES.
REDACCIÓN Y UNIFICACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LOS TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% PACIENTES A LOS QUE SE HA REALIZADO LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL, OBJETIVO >80%
% PACIENTES REMITIDOS DESDE EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA QUE SE HAN DEMORADO MÁS DE 14 DÍAS, OBJETIVO < 5 %
% PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UN DOCUMENTO ESPECÍFICO DE RECOMENDACIONES PARA SU PATOLOGÍA, OBJETIVO >50%
% PROCEDIMIENTOS INVASIVOS PRECEDIDOS DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, OBJETIVO > 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PRESTAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO. RECURSOS PREVISTOS PARA ESTA ACCIÓN: PRIMER SEMESTRE 2019
CONSULTAS DE VALORACIÓN INICIAL: JUNIO-DICIEMBRE.
ESTABLECIMIENTO DE GRUPOS DE TERAPIA: SEPTIEMBRE-DICIEMBRE.
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE PARA LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES: MAYO-DICIEMBRE.
REDACCIÓN Y UNIFICACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LOS TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES: MAYO-DICIEMBRE.

9. RECURSOS NECESARIOS.
INCORPORACIÓN DE UN ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA A LA UNIDAD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALGIAS
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_1391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

2. RESPONSABLE MARIA CARBONELL ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERICIO GIL BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· SOLA GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· OBON MONFORTE HERMINIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El dolor del trabajo de parto presenta características peculiares que deben considerarse para su manejo adecuado. Aunque es una de las peores experiencias dolorosas que puede sufrir una mujer a lo largo de su vida, su intensidad es variable. El dolor del trabajo de parto produce no sólo sufrimiento emocional sino alteraciones fisiológicas que afectan a la madre y al feto: hiperventilación, alcalosis respiratoria severa, aumento de catecolaminas y hormonas de estrés, que pueden conducir a descompensación cardíaca o respiratoria, hipoxia feto-placentaria y acidosis fetal; o problemas psicológicos, como depresión postparto y trastorno de estrés postraumático. El anestesta debe diseñar un plan analgésico, lo más individualizado posible, considerando ventajas y contraindicaciones de cada método, patologías maternas coexistentes, vía aérea, estatus fetal, así como riesgo anticipado de cesárea. La analgesia neuroaxial es el método analgésico de elección ("gold standard"). Cuando la analgesia neuroaxial está contraindicada, no se desea, no está disponible o es imposible realizarla, el remifentanilo puede ser una alternativa moderadamente efectiva. Aunque cruza fácilmente la placenta, es eliminado en el neonato como resultado de un rápido metabolismo y un gran volumen de distribución. Ello reduce la probabilidad de depresión respiratoria neonatal en comparación a otros opioides. Proporciona una analgesia inferior a la epidural, si bien la satisfacción materna es similar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Crear un protocolo de analgesia alternativa con remifentanilo en pacientes en trabajo de parto en las que está contraindicada la analgesia neuroaxial y establecer así unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica; además de, establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestestistas de este centro.
2. Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de las pacientes para una asistencia de calidad.
3. Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los componentes del equipo realizarán una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones con el fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales. Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestestistas, ginecólogos, matronas,...) mediante una sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4a planta (ginecología). Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la satisfacción de las pacientes en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, la incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una hoja de registro para valorar: Intensidad del dolor antes y después de comenzar el tratamiento (EVA), saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, incidencia de complicaciones o efectos adversos maternos y fetales, satisfacción global de la paciente. Los valores a alcanzar serán: disminuir el dolor y mejorar la calidad de la estancia hospitalaria durante el trabajo de parto, evitar la aparición de complicaciones secundarias al tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica. La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:
Abril-Mayo: búsqueda de bibliografía.
Junio-Julio: elaboración del protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.
Agosto-Septiembre: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.
Septiembre: puesta en marcha del proyecto.
Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0741 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

2. RESPONSABLE JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· APARICIO PELAZ DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LATORRE GARCES VIOLETA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LARA NAVARRO EMMA MARIA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· MORENO GAZQUEZ INMACULADA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Toda magnitud biológica medida en el laboratorio clínico tiene una variación inherente: la variación biológica y el error aleatorio del método utilizado. Para la interpretación de los resultados en valores consecutivos se pueden utilizar como parámetros estadísticos tanto el valor de referencia del cambio (VRC) como el delta check, valorando así el cambio de estado de un paciente. En la actualidad se utiliza el delta check, el cual mide el porcentaje de aumento o disminución entre dos valores sucesivos. Sin embargo, este parámetro solo alerta sobre cambios significativos entre resultados pero no está relacionado con el estado de salud del paciente. Para abordar este estado sería mejor utilizar el valor de referencia del cambio, ya que este engloba la regulación homeostática permitiendo ver cambios significativos incluso dentro del intervalo de referencia poblacional. De este modo se reconocerían cambios en el estado de equilibrio de un paciente siendo este parámetro un valor de referencia intra-individual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Introducción del VRC para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada, siendo la población diana todos los pacientes que tengan al menos dos analíticas realizadas por nuestro servicio. Este objetivo será de gran aportación para la atención sanitaria ya que se interpretarán de una manera más correcta los cambios de estado de salud de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades llevadas a cabo serán:

- Cálculo del valor de referencia del cambio para todas aquellas magnitudes medidas con una imprecisión menor o igual a la mitad de la variabilidad biológica intra-individual.
- Dentro de las situaciones patológicas en las cuales el coeficiente de variación intra-individual es distinto cuando existe patología que cuando el paciente esté sano, se realizará el cálculo del VRC para cada una de estas patologías en la magnitud a medir.
- Introducción en el sistema informático del laboratorio (SIL) de estos parámetros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El proyecto será monitorizado a través de la implantación de los nuevos parámetros en el SIL.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto finalizará en diciembre de 2019, primero se introducirán los VRC para magnitudes que no difieren en presencia de patología y tras esto se introducirán para las magnitudes que sí difieren.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de pacientes
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0747 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

2. RESPONSABLE DIEGO APARICIO PELAZ

- Profesión MIR
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las muestras biológicas extraídas en los centros periféricos son transportadas, en neveras portátiles con acumuladores de frío, hasta la unidad central del laboratorio (UCL) del hospital. La temperatura interior de estas neveras no debe exceder los 20 °C en ningún momento del transporte para garantizar la estabilidad de los parámetros a analizar. La necesidad de monitorizar esta temperatura condujo a la introducción de registradores de temperaturas (datalogger) en las neveras, los cuales miden la temperatura durante todo el trayecto y descargan los resultados a su llegada a la UCL. En la actualidad, la temperatura de las neveras ya se está registrando, sin embargo, quedan campos para la mejora en varios aspectos, como son la homogeneización de actividades, facilitación de registros, redacción de instrucciones, etc...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este proyecto es la monitorización correcta de la temperatura en las neveras procedentes de los centros periféricos, de este modo se pueden detectar y disminuir las incidencias relacionadas con el proceso preanalítico de las muestras y adecuar el proceso a la norma de calidad UNE-EN-ISO-15189. Para ello se desarrollarán los siguientes objetivos:

- Introducción de los datalogger en todas las neveras siempre que la disponibilidad lo permita.
- Realización de instrucciones de descarga, procesamiento y registro de datos procedentes de las sondas, así como del cambio de baterías por parte del personal de enfermería.
- Formación sobre las posibles incidencias, registro y notificación de las temperaturas y sondas durante el transporte.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dentro de las diferentes acciones previstas para esta mejora de la calidad se pueden incluir:

- Reparación y cambio de baterías en los dataloggers antiguos y compra de nuevos.
- Incluir dataloggers en perfecto funcionamiento dentro del número máximo posible de neveras.
- Realizar protocolos de actuación para la descarga y registro de datos. Al igual que para el cambio de baterías cuando fuera necesario.
- Actividades de formación para el personal de enfermería en relación al buen manejo de los registradores, cambio de los mismos, registro de datos y medidas de temperatura manual, así como la notificación de valores anormales de temperatura y registro de incidencias.
- Realizar todas estas acciones teniendo en cuenta las especificaciones de la calidad impuestas por la norma UNE-EN-ISO-15189.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación de este proyecto se realizará midiendo diferentes indicadores de calidad:

- Medición del porcentaje de neveras que contienen dataloggers respecto al total periódicamente hasta el final de este proyecto, así se comprobará que el mayor número posible de neveras los contienen.
- Comprobación de la descarga y registro por parte del personal de enfermería, midiéndose el porcentaje de descargas correctas en relación al número de registradores incluidos en neveras.
- Comprobación de la existencia de la realización de los documentos referentes a las instrucciones y formación del personal de la UCL implicados en estos procesos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cada actividad se realizará paulatinamente desde el principio del proyecto y durante un año de duración. De este modo se tendrán en cuenta las posibles incidencias y realizaran los arreglos oportunos de cada una de ellas para lograr el mejor rendimiento global posible. Los indicadores se medirán mes a mes hasta diciembre de 2019, fecha de finalización de este proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Compra de nuevos registradores de temperatura (datalogger).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_0747 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de pacientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0785 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTREGA AL PACIENTE DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO CON LAS CONDICIONES PREVIAS A LA REALIZACION DE UNA PRUEBA FUNCIONAL EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

2. RESPONSABLE ANA PILAR GUTIERREZ SAMPER

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- VILLAR JIMENEZ JULIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- GORDO PEREZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
- ROMERO LACARTA FELISA MARIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el laboratorio de Bioquímica de la 4ª planta del hospital, tenemos una unidad de pruebas funcionales, la mayoría hormonales. Los servicios peticionarios más frecuentes son endocrinología, pediatría, medicina interna y ginecología.

Los pacientes acuden a solicitar cita en nuestra unidad y es la auxiliar de enfermería la que lo recibe, le explica de forma oral las condiciones previas a la prueba, le da una cita y medicación según la prueba. Esta cita puede ser para dentro de 1 mes o 6 meses en función de cuando tenga la siguiente cita con el especialista. Hemos detectado que algunos pacientes olvidan las indicaciones orales recibidas ese día.

La fase preanalítica dentro del proceso de laboratorio es muy importante y por todo ello creemos necesario proporcionar información oral y escrita de cada una de las pruebas funcionales. Esto ayudará al paciente a recordar la información y nos permitirá agilizar las citas, ya que en ocasiones hay pacientes que tienen que volver a venir porque no recuerdan la información recibida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la calidad de la información al paciente y la satisfacción de los usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Redactar los documentos con las condiciones preanalíticas necesarias para cada prueba funcional realizada en nuestra unidad.

La auxiliar de enfermería será la encargada de explicar y entregar el documento informativo al paciente, en el momento de citarlo.

La encuesta de satisfacción se ofrecerá a los pacientes el día de la realización de la prueba.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de documentos informativos entregados/Total de pruebas funcionales.

Número de encuestas de satisfacción/Total de pruebas funcionales.

Satisfacción de los pacientes >70%.

Los responsables de realizar los documentos informativos serán los médicos especialistas de bioquímica clínica responsables de las pruebas funcionales, en consenso con todo el equipo de mejora.

La encuesta de satisfacción será realizada por todo el equipo de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Marzo a Mayo de 2019 se redactarán los documentos informativos y la encuesta de satisfacción.

De Junio a Noviembre de 2019 se entregará la documentación informativa y se realizarán las encuestas de satisfacción.

En Diciembre de 2019 se realizará la evaluación de las encuestas de satisfacción. Si la satisfacción del paciente es >70% se continuará con la entrega de esta documentación. Es decir, se adoptará esta práctica en la rutina de trabajo de preanalítica de pruebas funcionales.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No hacen falta

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas funcionales hormonales

Proyecto: 2019_0785 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTREGA AL PACIENTE DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO CON LAS CONDICIONES PREVIAS A LA REALIZACION DE UNA PRUEBA FUNCIONAL EN LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0812 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DEL BIG DATA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA MEDIANTE LA INCLUSION DEL LABORATORIO EN EL PROYECTO EMPOWER DE NOKLUS, PARA LA DETECCION DE AREAS DE MEJORA EN LA FASE PREANALITICA

2. RESPONSABLE VIOLETA LATORRE GARCES
· Profesión BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ BUDRIA JOSE. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· RAMOS CACHO MARTA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· ALMUDI SADABA ROSANA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· ARRUEBO MUÑO MARIA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· RAMOS ALVAREZ MONICA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los distintos programas de control de calidad externo que se ofertan para el Laboratorio de Bioquímica Automatizada, al igual que el programa de la Sociedad Española de Medicina del Laboratorio, en el que viene participando nuestro laboratorio de manera satisfactoria desde hace años, son útiles para evaluar sólo las etapas analítica y posanalítica, pero no reproducen la fase preanalítica a la que son sometidas nuestras muestras, etapa que constituye para la gran mayoría de los laboratorios, y especialmente para el nuestro, la mayor fuente de error.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar mediante el tratamiento del Big Data del Laboratorio de Bioquímica Automatizada, a través del Proyecto Empower de Noklus (Norwegian Organization for Quality Improvement of Laboratory Examinations), nuestras fuentes de error en muestras sometidas a condiciones preanalíticas reales, imposibles de medir en los controles de calidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-1. Contactar con la Dra. Thienpont, fundadora del Proyecto Empower y comunicarle nuestra intención de integrarnos en su proyecto.
-2. Contactar con la Dra. Solsvik, y el Prof. Sandberg de Noklus (Norwegian Organization for Quality Improvement of Laboratory Examinations), para solicitar la inclusión en Empower del Laboratorio de Bioquímica Automatizada del HCU Lozano Blesa.
-3. Presentar al CEICA para su valoración, nuestra intención de participar en Empower con el tratamiento diario de los percentiles y resultados alarmantes de diversos analitos de muestras de pacientes no hospitalizados, y la posterior comparación de estos datos, con laboratorios internacionales que trabajen con idénticos instrumentos y reactivos.
-4. Tras la aprobación de los puntos 1, 2 y 3, solicitud a Noklus de los manuales con las instrucciones de participación, lectura por parte de todos los miembros del proyecto, y elaboración del procedimiento de trabajo diario en nuestro centro.
-5. Envío de datos, percentiles y resultados alarmantes, de los analitos de muestras reales de pacientes no hospitalizados, durante un mes.
-6. Valoración de los resultados, focalizando el interés en la detección de los errores en la fase preanalítica, y evidenciando posibles necesidades de mejora.
-7. Comunicación de las áreas de mejora detectadas al Director del Laboratorio y a todo el Servicio de Bioquímica Clínica HCU.
-8. Valoración de la implantación definitiva de Empower en el Laboratorio de Bioquímica Automatizada del HCU Lozano Blesa, como Programa de Garantía de Calidad Externo, complementario a los programas convencionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de analitos del Laboratorio de Bioquímica HCU evaluados en el Proyecto Empower. (Valor a alcanzar > 8)
- Áreas de mejora detectadas tras la participación en el Proyecto. (Valor a alcanzar > 2).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto: Abril de 2019
Fecha de fin del proyecto: Diciembre de 2019
Planificación de las actividades arriba mencionadas:
Actividades 1 y 2: Abril 2019
Actividad 3: Mayo 2019
Actividad 4: Junio 2019
Actividad 5: Septiembre 2019
Actividad 6: Octubre 2019
Actividad 7: Noviembre 2019
Actividad 8: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0812 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DEL BIG DATA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA MEDIANTE LA INCLUSION DEL LABORATORIO EN EL PROYECTO EMPOWER DE NOKLUS, PARA LA DETECCION DE AREAS DE MEJORA EN LA FASE PREANALITICA

Recursos económicos: la Dra. Thienpont informa que la participación en el Proyecto Empower es inicialmente, gratuita.

Recursos personales: 60 jornadas de trabajo.

10. OBSERVACIONES.

La realización de este proyecto de mejora depende de la participación del Laboratorio de Bioquímica Automatizada HCU en el Proyecto Empower, previa aceptación de nuestra candidatura por Noklus (Norwegian Organization for Quality Improvement of Laboratory Examinations) y de la aprobación del tratamiento de datos por el CEICA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología en pacientes no hospitalizados
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0271 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

2. RESPONSABLE EMMA MARIA LARA NAVARRO
· Profesión BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· FABRE ESTREMER MARTA. QIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· RUIZ BUDRIA JOSE. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La gestión de la demanda de pruebas del laboratorio es una obligación compartida entre el laboratorio clínico y los servicios solicitantes. Los marcadores tumorales están asumiendo un papel creciente en el ámbito oncológico, desde la detección hasta el seguimiento del tratamiento. Un valor por sí mismo no es significativo. Lo ideal es repetir el marcador tumoral aproximadamente 20 días después para obtener una evidencia de su evolución. Enfermedades benignas pueden provocar discretos aumentos de los marcadores tumorales. Un incremento progresivo, en general > 30% en 2 determinaciones seriadas es altamente indicativo de enfermedad neoplásica. Esta gestión es importante desde la perspectiva del laboratorio, especialmente para una correcta interpretación y un uso rentable de los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es aplicar reglas de modulación de la demanda de los marcadores tumorales y realizar un estudio coste-efectivo tras la aplicación de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión bibliográfica de los marcadores tumorales disponibles en la cartera de Servicio de Bioquímica.
- Revisión de las condiciones preanalíticas, fisiológicas y patológicas que pueden alterar la concentración de los marcadores tumorales.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Aplicación de las reglas de modulación de la demanda para cada marcador tumoral en función de sus características:
 - o No hacer SCC ni S100 en pacientes con enfermedad renal (FG < 60 ml/min/1,73 m²).
 - o No hacer la determinación de los marcadores tumorales si tienen una determinación previa hasta 15 días antes a excepción de la alfafetoproteína.
 - o No hacer la determinación de alfafetoproteína si tiene una determinación realizada hasta 7 días antes.
- Realizar un estudio coste efectivo de las determinaciones realizadas de marcadores tumorales de los últimos 3 años
- Revisar mensualmente las consecuencias de la aplicación de estas reglas de modulación (Número de peticiones no realizadas y repercusión económica).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Ratio de peticiones realizadas / peticiones recibidas en la sección de Marcadores Tumorales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finalización del proyecto en Diciembre 2019. Seguimiento en años sucesivos del proyecto para incorporar nuevas reglas de modulación de la demanda en función del tipo de petición (Ambulatoria, consultas externas, hospitalización)

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0700 (Acuerdos de Gestión)

EVALUACION DE CAUSAS DE INFERTILIDAD Y TASA DE EXITO DE IAC EN NUESTRA AREA

2. RESPONSABLE MARTA FABRE ESTREMER
• Profesión MIR
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ABELLAN TEJADA LIDIA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
• GALVEZ CASTILLO MERCEDES. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
• PEREZ OBON MARIA ARACELI. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
• LLORENTE FERNANDEZ ELENA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
• MORENO GAZQUEZ INMACULADA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La fertilidad se considera como la capacidad sexual que tiene la persona para reproducirse y que requiere de la normalidad anatómica y funcional del aparato genital, tanto masculino como femenino. El estudio de la fertilidad masculina se basa en el análisis de las características físicas del semen (Concentración, movilidad, vitalidad y morfología). En la práctica clínica diaria se sigue los requisitos propuestos por la OMS. La inseminación artificial conyugal (IAC) es una técnica de reproducción asistida que consiste en el depósito instrumental del semen del cónyuge, previamente capacitado, en la cavidad uterina de la mujer. Es uno de los tratamientos más frecuentes utilizados por las parejas con subfertilidad masculina, por ser menos invasivo y costoso. El estudio básico de la fertilidad femenina se basa en una analítica que incluye diferentes hormonas (LH, FSH, progesterona, estradiol, hormona antimülleriana y prolactina).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal:
- Elaborar una base de datos de las IAC que se realizan en el HCULB que incluya los parámetros antropométricos y los relacionados con el estudio de fertilidad de la pareja.
Los objetivos secundarios:
- Evaluar la tasa de éxito (Fecundación y nacidos vivos) de las IAC en nuestro centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica de las últimas guías clínicas acerca de los parámetros de fertilidad.
- Revisión de las condiciones preanalíticas, fisiológicas y patológicas que pueden alterar las muestras (Suero o Semen) en el estudio de fertilidad.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Actualización de la hoja de recogida de muestras Z3(E)C_L-BQ.
- Revisar mensualmente las parejas que les han realizado una IAC, para conocer los parámetros de fertilidad y el éxito o no del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Ciclos iniciados.
- Tasa de inseminación (Ciclos inseminación/Ciclos iniciados).
- Tasa de gestación embarazo bioquímico (Ciclos con B-hCG positiva/Ciclos iniciados).
- Tasa de gestación embarazo clínico (Ciclos con feto con latido cardiaco/Ciclos iniciados).
- Tasa de gestación múltiple (Ciclos de embarazo múltiple/Ciclos iniciados).
- Tasa de nacido vivo (Ciclos de nacido vivo/ Ciclos iniciados)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Finalización del proyecto en diciembre 2019. Seguimiento en años sucesivos del proyecto para incorporar nuevas parámetros de mejora.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infertilidad
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0803 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS SERICAS POR NEFELOMETRIA

2. RESPONSABLE MARIA ARRUEBO MUÑO
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIGUERA SARABIA NOELIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· RUIZ MODREGO ANA CRISTINA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· BENITO TRONCOSO RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· FRANCO CUARTERO JAVIER. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· RAMOS ALVAREZ MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· MENAO GUILLEN SEBASTIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los resultados del Laboratorio Clínico son esenciales para la seguridad del paciente, por lo que es importante reducir al máximo los posibles errores para mejorar la calidad de los mismos. En un laboratorio clínico se pueden diferenciar claramente tres fases: preanalítica, analítica, y postanalítica. La mayor parte de los errores producidos en el laboratorio clínico tienen lugar en la fase preanalítica (71%), que incluye todos los procesos desde la petición de la prueba por parte del médico solicitante hasta el comienzo del proceso analítico propiamente dicho. Una importante reducción de estos errores preanalíticos se consigue evitando o minimizando errores en la identificación de las muestras del paciente, que suponen uno de los problemas con mayor índice de factor de riesgo para provocar un evento adverso en el paciente.

Actualmente, en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica, la preparación de las muestras para la determinación de proteínas séricas por nefelometría, se basa en un proceso manual que consiste en el transvase de la muestra del tubo primario a un tubo de plástico previamente rotulado con la identificación de los pacientes por el personal técnico. Estos tubos son ordenados a mano siguiendo una lista de trabajo e introducidos en el analizador, que realiza las mediciones correspondientes. Tanto la identificación como la colocación de las muestras en el orden correspondiente son realizados de forma manual, lo que puede llevar a importantes errores preanalíticos en la identificación incorrecta de la muestra clínica de los pacientes y en la identificación errónea de las pruebas pedidas a cada paciente.

La posibilidad de error en la identificación de las muestras puede evitarse mediante la utilización de sistemas electrónicos de códigos de barras para la identificación inequívoca de las muestras y de las peticiones correspondientes a cada una de ellas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducir la incidencia de posibles errores preanalíticos de identificación de las muestras de pacientes en las determinaciones realizadas en el nefelómetro BNII de la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica mediante la automatización del proceso de identificación de las muestras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para reducir los posibles errores preanalíticos en la identificación de muestras en la determinación de proteínas por nefelometría de la sección de Nutrición se van a realizar cambios en el proceso para la automatización del mismo. Se utilizará un sistema de lector de código de barras para la identificación inequívoca del paciente y se procederá al cambio de configuración de la forma de trabajo actual "carga de archivos" a la forma automática "host query" en la que se produce una comunicación bidireccional entre el analizador y el sistema informático del laboratorio (S.I.L.) para la identificación inequívoca de las pruebas solicitadas a cada paciente. Para llevar a cabo este proceso se llevarán a cabo reuniones tanto con la casa comercial del equipo (Simenes) como con la empresa encargada del sistema informático del laboratorio (Werfen) para estudiar los cambios de configuración necesarios para la automatización. Posteriormente se llevará a cabo la formación al personal técnico de la nueva metodología de trabajo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores:

- Puesta en funcionamiento de la identificación automática de pacientes mediante código de barras: SI/NO
- Cambio de configuración del nefelómetro para la identificación de las pruebas asignadas a cada paciente: SI/NO
- % de tubos identificados mediante código de barras

Para evaluar el impacto de la automatización del proceso y la modificación de la rutina de trabajo, se realizarán reuniones periódicas con todas las partes implicadas para la estudiar la evolución del proyecto, profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0803 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS SERICAS POR NEFELOMETRIA

La automatización del proceso de identificación de muestras de las peticiones de proteínas de la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica se organizará a lo largo de los tres meses siguientes al inicio del proyecto, incluyéndose a partir de ese momento en la práctica diaria de la sección.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos materiales son los disponibles en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FÓLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER SOLE LLOP
• Profesión BIOQUIMICO/A CLINICO
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALONSO GREGORIO EDUARDO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA CLINICA
• BONED JULIANI BEATRIZ. BIOQUIMICO/A CLINICO. H ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA CLINICA
• PALLARES LLOMBART SILVIA. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
• SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA CLINICA
• LLORENTE FERNANDEZ ELENA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La anemia megaloblástica es más frecuente en edades avanzadas y se debe usualmente a un déficit de vitamina B12 o ácido fólico, ambos necesarios para la síntesis de DNA y para la maduración nuclear. El déficit de vitamina B12 se produce por una ingesta insuficiente (vegetarianismo) o bien por una malabsorción intestinal, como ocurre en la anemia perniciosa por déficit de Factor intrínseco (anemia perniciosa de Biermer) de posible origen autoinmune. El déficit de ácido fólico puede deberse a una ingesta inadecuada de los alimentos que lo contienen, un consumo aumentado en situaciones como embarazo, crecimiento, anemias hemolíticas o un bloqueo medicamentoso de su absorción o su metabolismo producido por citostáticos antagonistas del ácido fólico. Una dieta equilibrada proporciona las necesidades diarias de ácido fólico que se absorbe en el intestino delgado y se almacena en el hígado. Hay que tener en cuenta que la concentración de estas magnitudes depende en gran parte de la población analizada y de sus hábitos de vida y dietéticos, así como del área geográfica de donde proceden. Estos factores tienen un impacto directo en las concentraciones de estos analitos en individuos "aparentemente sanos". Por este motivo, es importante que cada laboratorio o área geográfica, establezca con su población, el intervalo de referencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto consiste en establecer valores de referencia en la población aragonesa. Establecer el intervalo de referencia (IR) de ácido fólico y vitamina B12 en población de Aragón de manera que se puedan interpretar de forma adecuada y armonizada los resultados de estas determinaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Determinación de la concentración de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína en 350 donantes procedentes del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón, 175 hombres y 175 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El análisis de las 3 magnitudes se realizará en el sistema analítico Cobas 6000 (Roche Diagnostics) en 350 muestras de suero. La homocisteína se analiza con el fin de descartar déficits enmascarados en pacientes que presentan Homocisteína > 15 umol/L
- Solicitud de consentimiento informado a los donantes
- Determinación del intervalo de referencia siguiendo la guía "guidelines for determining reference values and reference intervals for quantitative clinical laboratory tests" C28-P3 - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Al finalizar el estudio, se calculará un nuevo IR, que se podrá extrapolar a todos los laboratorios del Salud que utilicen el mismo método e instrumento.

Evaluación, con respecto a los nuevos IR, de los diagnósticos relacionados con el déficit de vitamina B12 y ácido fólico

Indicadores:

- % de déficits diagnosticados en base a nuevos IR
- % de déficits diagnosticados en base a IR previo
- diferencia en el % de déficits diagnosticados con nuevos IR respecto a los utilizados previamente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer semestre de 2019
Evaluación de las muestras y análisis de resultados.

Segundo semestre de 2019

Información de los resultados a todos los miembros del grupo de armonización de los laboratorios del SALUD para la posible implementación del nuevo intervalo de referencia en los laboratorios que utilizan el mismo método.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ROQUES MATA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO GALLIZO OLGA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· VELLILLA GASPAR MARCO ANTONIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· CESTERO ANDRES LAURA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· ANDRES BARRANCO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· RODRIGUEZ MARTINEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· ROJO SAINZ RICARDO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El bloque quirúrgico es una de las unidades asistenciales con mayor consumo económico y con mayor riesgo de aparición de eventos adversos. Se trata de un servicio especial con una estructura física y organizativa diferente a la de otros servicios hospitalarios en el que la formación, la buena práctica y la eficiencia en el trabajo tienen una influencia elevada para el sistema, tanto a nivel económico como a nivel de seguridad del paciente.

Es frecuente la necesidad de sustitución de enfermeras, y es elevada al tratarse de una plantilla muy numerosa. El personal que sustituye, con frecuencia, tiene un déficit de formación específica en el área quirúrgica o falta de información sobre nuestra unidad. Esta carencia crea ansiedad en el trabajador eventual por la dificultad para el correcto desarrollo de su trabajo y la presión a la que se ve sometido, además de una sobrecarga de trabajo para sus compañeros que tienen que suplir las carencias del personal eventual. Todo ello, supone pérdidas de tiempo y falta de atención en el trabajo y por lo tanto, un aumento del riesgo de la seguridad del paciente y/o un aumento del gasto por uso inadecuado de materiales. Además, es muy numeroso el alumnado de diferentes categorías profesionales que realiza prácticas en el servicio y necesita una información de la estructura de nuestro servicio que facilite sus prácticas sin interferir en las cirugías pero actualmente no existe ningún documento que estandarice esta información.

Estamos convencidos de que una información clara, precisa y uniforme de nuestro servicio, en el momento de la incorporación del nuevo personal, favorecería la seguridad del trabajador y le pondría en mejor situación para completar la formación necesaria de forma más eficiente. Además, una información más general dirigida al alumnado facilitaría su movimiento dentro del servicio, sin afectar al correcto desarrollo de las cirugías.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Crear dos guías de acogida al bloque quirúrgico:

- Dirigida al personal de nueva incorporación en la que se aporte una información precisa y concreta tanto de la estructura física como organizativa del bloque quirúrgico del HCU.
- Dirigida al alumnado de las diferentes categorías profesionales en la que se aporte una información general sobre la estructura del bloque quirúrgico y las restricciones según zonas.

Los objetivos de estas guías son:

- Reducir la ansiedad del personal de nueva incorporación ofreciéndole una herramienta base que sirva de apoyo para el correcto desarrollo de su trabajo.
- Reducir el tiempo de adaptación y aprendizaje del personal de nueva incorporación.
- Reducir la necesidad de refuerzo de personal para garantizar una asistencia segura y eficiente.
- Reducir el consumo innecesario de materiales por falta de seguridad o por desconocimiento.
- Aumentar la seguridad del paciente al ser atendido por un personal mejor formado e informado.
- Facilitar a los estudiantes de las diferentes categorías profesionales una información básica de la estructura del bloque quirúrgico con el fin de facilitarles su circulación por el mismo sin interferir en el desarrollo correcto de las diferentes cirugías.

6.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación del grupo de trabajo
- Análisis de necesidades
- Asignación de tareas a los diferentes miembros del equipo.
- Diseño de las guías por grupos, puesta en común y correcciones.
- Impresión de las guías y publicación en la intranet del hospital.
- Difusión de las guías al personal de nueva incorporación y estudiantes del bloque quirúrgico.
- Evaluación, análisis y revisión del plan de mejora.

Unidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Verificación de la disponibilidad de guías

Proyecto: 2019_1463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

- Cálculo del ratio de personal de nueva incorporación que ha recibido la guía de acogida de personal.
- Cálculo del ratio de estudiantes que han recibido la guía de acogida para estudiantes.
- Seguimiento del consumo de suministros a los 3, 6, 9 y 12 meses de la implantación del proyecto.
- Encuestas de satisfacción dirigidas hacia el personal de nueva incorporación, el personal habitual del bloque quirúrgico y los estudiantes del bloque quirúrgico.
- Análisis de resultados y revisión del plan de mejora

8. DURACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Formación del grupo y análisis de necesidades. Primera quincena de mayo de 2019
- Asignación de tareas y diseño de las guías. Segunda quincena de junio de 2019
- Puesta en común y correcciones. Primera quincena de octubre de 2019
- Impresión, publicación y difusión. Segunda quincena de noviembre de 2019
- Primera evaluación, análisis y revisión del plan. Primera quincena de marzo de 2020
- Sigüientes revisiones: a los 6 meses (septiembre de 2020) y anual en septiembre de años posteriores

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión de las guías de acogida y de las encuestas de satisfacción. Se calculan unas 30 guías de acogida para el personal de nueva incorporación y 100 guías de estudiantes por año. En cuanto a encuestas, se calculan 30 copias para personal de nueva incorporación, 130 para personal habitual del bloque y 50 para estudiantes. Se prevé un gasto de 150 euros para la impresión y copias de las guías y las encuestas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología quirúrgica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERREIRA AGUAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- ALAMEDA SERRANO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- MARTINEZ LABUENA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- JIMENEZ MELO OCTAVIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- PINILLA SERRANO MARIA JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

Entre los proyectos de Cardiología de 2018 estaba la creación de un grupo de trabajo mixto entre Cardiología y Atención Primaria para la elaboración de un protocolo de manejo de la cardiopatía isquémica. Dicho protocolo se realizó y ha sido aprobado recientemente por la comisión de Calidad del Sector III. La siguiente fase del proceso es la divulgación del procedimiento entre los Centros de Salud para su conocimiento y correcta aplicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Elaboración de un curso/taller con acreditación del Salud para facilitar la divulgación del procedimiento de manejo del paciente con cardiopatía isquémica estable
- Conseguir la máxima difusión e implementación del procedimiento
- Optimizar el manejo del paciente con cardiopatía isquémica en su recorrido entre Cardiología y Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un programa con contenido fundamentalmente práctico basados en casos clínicos para practicar el manejo de los algoritmos y ayuda en la toma de decisiones clínicas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

número de MAP y enfermeras interesados y encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primer semestre de 2019 :
 - o Elaboración del programa
 - o Solicitud de acreditación
- Segundo semestre
 - o Realización del curso

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Primer semestre de 2019 :
 - o Elaboración del programa
 - o Solicitud de acreditación
- Segundo semestre
 - o Realización del curso

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

2. RESPONSABLE ADRIAN RIAÑO ONDIVIELA
• Profesión MIR
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
• MORLANES GRACIA PAULA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El trasplante ortotópico hepático (TOH) se ha convertido en una parte integral del tratamiento de pacientes con enfermedad hepática terminal, de tal manera que cada vez se trasplantan pacientes más añosos y con un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, predominando el sexo masculino (73,3%) y apreciándose a su vez un incremento en el grupo de pacientes mayores de 60 años, que representan casi el 40% del total. Tal es así que en el programa de TOH de Aragón la edad media se ha incrementado progresivamente, desde los 53 años en 2016 hasta los 61 años en 2018.

El paradigma de paciente trasplantado con elevado riesgo cardiovascular es aquel con enfermedad hepática grasa no alcohólica, siendo esta indicación de trasplante la única que muestra una tendencia ascendente en la actualidad, en el contexto de la alta eficacia de los fármacos antivirales frente al virus de la hepatitis C. Por otro lado, los pacientes sometidos a TOH están especialmente predispuestos a desarrollar factores de riesgo cardiovascular o a experimentar un peor control de estos debido a varios factores (fármacos inmunosupresores, sedentarismo, dieta rica en azúcares y grasas saturadas). Todos estos aspectos tienen un impacto directo en el pronóstico postrasplante, de tal manera que según el registro europeo de trasplante hepático (ELTS), el 14% de los pacientes fallecen por eventos cardiovasculares. Estudios recientes demuestran un exceso de mortalidad del 20% en población trasplantada a los 10 años en comparación con la población general (apareados por edad y sexo), siendo los eventos cardiovasculares la tercera causa de exceso de mortalidad tras las neoplasias y las infecciones.

Este nuevo panorama epidemiológico obliga a adaptar los protocolos de evaluación, manejo y seguimiento de los pacientes sometidos a trasplante; siendo de especial interés la valoración cardiológica preTOH para excluir y tratar la existencia de cardiopatía estructural, valvulopatías e insuficiencia cardíaca debida a otras causas, así como de enfermedad cardiovascular asociada a la cirrosis hepática, tal como hipertensión portopulmonar y cardiomiopatía cirrótica. Todas estas situaciones son relevantes dado que contribuyen a una mayor morbimortalidad postrasplante, pudiendo también condicionar la idoneidad del paciente para ser incluido en el programa.

Por tanto, es necesaria la participación estructurada del cardiólogo en la valoración preTOH, no únicamente para la indicación o realización de pruebas complementarias, sino también para la evaluación global de los pacientes con enfermedad hepática, quienes presentan características fisiopatológicas únicas que deben ser tomadas en cuenta al momento de tomar de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Implementar un protocolo multidisciplinar de valoración cardiológica previa al trasplante hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
2. Ofrecer una valoración cardiológica estructurada, completa y oportuna a los pacientes candidatos a trasplante hepático en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Disminuir el impacto de las complicaciones cardiovasculares en los pacientes con TOH en la Comunidad Autónoma de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Valoración cardiológica en una consulta específica (ya en funcionamiento) de los pacientes candidatos a TOH, referidos de la consulta de valoración pretrasplante del Servicio de Digestivo.
 - a. Determinar indicación, y si procede, despistaje de cardiopatía isquémica
 - b. Valoración de pacientes con sospecha de hipertensión portopulmonar
 - c. Optimización del tratamiento de las patologías cardiovasculares
2. Diseño del Protocolo de Valoración Cardiológica previa al Trasplante Hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
 - a. Criterios de inclusión
 - b. Algoritmo de actuación
 - c. Recomendaciones consensuadas de tratamiento
3. Remitir el protocolo a la Comisión de Calidad y Dirección del Hospital para su aprobación, si procede.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:

- Proporción de pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa:
Número de pacientes con TOH con valoración cardiológica durante 2019/ Número pacientes con TOH en 2019. Objetivo: 100% de los pacientes con los criterios de inclusión.
- Tiempo desde la solicitud de la valoración hasta la cita en Cardiología. Objetivo: < 2 semanas.

Proyecto: 2019_0400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

- Mortalidad y Morbilidad de causa cardiovascular en pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa.
 - Estancia media en UCI y hospitalización en pacientes con TOH y valoración cardiológica previa.
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se plantea como una actividad continuada. Se ha comprobado la factibilidad del proyecto, ya que asistencialmente se viene llevando a cabo desde el año 2017.
Se procederá al registro sistemático de la actividad para la evaluación y seguimiento del proceso.
9. RECURSOS NECESARIOS.
Recursos Técnicos:
Los disponibles en el Servicio de Cardiología para la realización de las prestaciones de su cartera de servicios habitual.
Consulta específica con agenda propia: 1 hora semanal (ya en funcionamiento).
- Recursos Humanos:
- Especialista en Cardiología (Dr. Juan Francisco Cueva Recalde).
- Especialista en Digestivo (Dr. Luis Cortés García) .
- MIR Cardiología.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0439 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO CUEVA RECALDE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- IBAÑEZ MUÑOZ DAVID. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) es la técnica de referencia para la evaluación no invasiva de la morfología, función, perfusión y viabilidad miocárdica, esto conlleva que en la actualidad sea imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías cardiovasculares, como queda reflejado en las guías europeas. Los datos anteriores reflejan que para ofrecer una elevada calidad asistencial es necesario contar con RMC, pero debido a la falta de disponibilidad de esta prestación en nuestro hospital, ha sido necesario externalizar estos estudios. Es así que durante el año 2018 se solicitaron 135 RMC desde el Servicio de Cardiología, con un coste individual de 214€ euros, sumando un total de 28.890€, a lo que habrá que añadir el coste del transporte. Adicionalmente al coste económico, la externalización se acompaña de varias limitaciones: requiere el traslado del paciente fuera del hospital con los consiguientes riesgos, la demora en las citas conlleva un aumento del tiempo de hospitalización, y finalmente, no es posible integrar los hallazgos de la exploración a la discusión de casos complejos o al análisis evolutivo.

Por otra parte, la puesta en marcha de una técnica de la complejidad de la RMC requiere de un equipo multidisciplinar, tal como lo recomiendan la Sociedad Española de Cardiología y de Radiología Médica en su documento de consenso, ya que es la única manera de integrar los conocimientos necesarios para garantizar estudios de calidad. Por tanto, la implementación de la RMC dentro de un proyecto multidisciplinar permitirá ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad en la que se puedan beneficiar de toda la información diagnóstica y pronóstica que ofrece la técnica, además, se conseguirá reducir el gasto económico que representa la externalización de los estudios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Implementar la realización de Resonancia Magnética Cardíaca en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para dar cobertura a los pacientes del sector III.
2. Reducir el costo económico derivado de la externalización de la Resonancia Magnética Cardíaca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño del Protocolo Operativo, modelo de Solicitud y Consentimiento Informado.

Indicaciones (contempladas para la fase inicial del proyecto)

- Estudio morfológico, funcional y de caracterización tisular en pacientes:
- con primer episodio de insuficiencia cardíaca por sospecha de miocardiopatía no isquémica.
- con miocardiopatía hipertrófica, de depósito, arritmogénica o no compactada, o de familiares de primer grado cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
- con dolor torácico, elevación de marcadores de necrosis miocárdica y ausencia de enfermedad coronaria.
- para determinar la viabilidad miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica crónica cuando se plantea revascularización coronaria.
- para determinar la función sistólica o presencia de cicatriz del ventrículo izquierdo cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
- del ventrículo derecho, en especial cuando la información obtenida implica cambio en el tratamiento.
- además de análisis de flujos para la valoración de insuficiencia aórtica/mitral cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
- La indicación de RMC para valoración de masas, patología de aorta y pericardio se realizará tras la valoración individual de cada caso.

Contraindicaciones.

1. Dispositivos como marcapasos y desfibriladores (modelos no compatibles con la RM), neuroestimuladores y bombas de infusión de insulina.
2. Clip de aneurisma cerebral.
3. Cuerpos extraños oculares metálicos.
4. Implantes cocleares.
5. Claustrofobia intratable.
6. Paciente con inestabilidad hemodinámica.

Contraindicaciones al contraste de Gadolinio.

1. Insuficiencia renal con filtrado glomerular inferior a 30 ml/min o hemodiálisis por riesgo de fibrosis

Proyecto: 2019_0439 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA

nefrogénica sistémica.

2. Trasplantados hepáticos o pre-trasplante hepático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tasa de reducción de RMC externalizadas
- Número de RMC realizadas en 2019/ Número de RMC realizadas en 2018.
- Reducción del coste económico al evitarse la externalización de RMC.

Como indicador de cobertura se ha seleccionado una indicación clínica:

- Tasa de pacientes con MINOCA a los que se les ha realizado RMC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño del Protocolo, Modelo de Solicitud y Consentimiento Informado: marzo de 2019.
- El inicio de la actividad se prevé para el 2º trimestre de 2019 y se mantendrá de manera continuada. En las semanas anteriores al inicio de la actividad se difundirá el protocolo y sus indicaciones en el Servicio de Cardiología.
- Se propone de manera inicial realizar RMC durante una jornada de 7 horas cada semana.
- La evaluación de resultados se realizará al finalizar el año 2019.
- Se realizará un registro de los estudios realizados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Técnicos:

- Equipo de Resonancia Magnética de 1,5 Tesla.
- Sistema de monitorización ECG.
- Antena receptora específica multicanal.
- Software de adquisición para las secuencias:
- Turbo spin-eco o de sangre negra (T1/T2/T2*/ Saturación grasa)
- Cine de gradiente de eco o de sangre blanca (b-SSFP).
- Realce tardío o Inversión/Recuperación.
- Contraste de fase
- Perfusión
- AngioRM
- Mapping T1/T2
- Software de postprocesado específico.
- Contraste de gadolinio.
- Inyector de contraste de doble jeringa compatible con RMC

Recursos Humanos:

Personal con formación específica en RMC:

- Técnico de radiología.
- Enfermera.
- Especialista en Radiología.
- Especialista en Cardiología.

10. OBSERVACIONES.

- De manera inicial, y con el objetivo de controlar el número de peticiones, únicamente el Servicio de Cardiología podrá solicitar RMC.
- Todas las solicitudes serán valoradas por los miembros del equipo, quienes determinarán la idoneidad en cada caso.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACION DE IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI)

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO LINARES VICENTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• LUKIC OTANOVIC ANTONELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• JIMENEZ MELO OCTAVIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• IBAÑEZ MUÑOZ DAVID. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA
• DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La estenosis aórtica degenerativa (EAO) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio, con prevalencia creciente debido al envejecimiento de la población. Para su tratamiento el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) presenta en la guías de práctica clínica actuales una recomendación clase I en pacientes con riesgo quirúrgico inaceptable y en pacientes con alto riesgo quirúrgico (STS/EuroSCORE II =4% ó EuroSCORE I =10%) estando la TAVI favorecida en pacientes añosos (>75 años) con acceso transfemoral factible.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existe desde 2012 un programa de implante de TAVI, cuyo centro de referencia es Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

La evaluación pre-TAVI se ha convertido en un punto crítico de la selección de pacientes. Se trata de una evaluación compleja y multidisciplinar y que tiene que responder a las siguientes preguntas:

1. Asegurar el diagnóstico certero de estenosis aórtica degenerativa severa sintomática
2. Definir el riesgo quirúrgico de mortalidad del paciente
3. Definir el riesgo quirúrgico técnico del paciente
4. Definir el status funcional del paciente y esperanza de vida tras TAVI
5. Definir la factibilidad técnica de TAVI

Justificación

A lo largo de los últimos años hemos detectado en el área III del SALUD las siguientes dificultades en la asistencia a los pacientes candidatos a TAVI:

1. Descentralización de la valoración preTAVI
2. Dispersión de los pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica severa
3. Diagnósticos dudosos de estenosis aórtica severa
4. Realización de pruebas diagnósticas de dudosa utilidad

Pertinencia de Consulta preTAVI

La creación de una consulta de evaluación preTAVI permitiría:

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI
2. Centralizar la solicitud y recepción de resultados de pruebas complementarias de cara a plantear TAVI
3. Centralizar la solicitud CT preTAVI
4. Reevaluación de casos de diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI del Area III de SALUD en una consulta monográfica de manera que dispongan de un facultativo de referencia en el proceso
2. Asegurar a los pacientes candidatos a TAVI una evaluación homogénea, evitando duplicidad de pruebas
3. Asegurar a los pacientes criterios uniformes y consensuados con unidad de referencia de selección o rechazo para TAVI (beneficio clínico y factibilidad técnica)
4. Establecer diagnóstico de certeza de estenosis aórtica severa en pacientes con diagnóstico incierto previo a TAVI
5. Reducir exploraciones de baja disponibilidad (CT preTAVI) en pacientes sin diagnóstico certero de estenosis aórtica severa o en pacientes con criterios de inutilidad de TAVI

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Apertura de vía clínica y consulta monográfica de valoración pre-TAVI para el área III del SALUD, por parte del personal de la Sección de Hemodinámica del HCU Lozano Blesa.

1. El paciente candidato a TAVI sería reevaluado en la consulta.
 2. Evaluación del riesgo Funcional-Geriátrico y comorbilidad orgánica
- Evaluación completa y específica por parte de Geriatria, quién deberá determinar criterios de inutilidad (expectativa de vida <1 año ó supervivencia estimada <25% a 2 años) y Riesgo prohibitivo: fragilidad severa, riesgo pre-operatorio de morbilidad >50% a 1 año, y compromiso funcional de 3 o más órganos. Estos pacientes son candidatos a Cuidados Paliativos
3. Realización CT preTAVI
 4. Inclusión en programa de TAVI

Proyecto: 2019_0533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACION DE IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

No existen descritos en la literatura indicadores de la evaluación PreTAVI

Proponemos los siguientes indicadores de calidad:

1. Porcentaje de pacientes del Área III de SALUD remitidos a TAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa.
Indicador de calidad: >80%
2. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por estudio PreTAVI incompleto
Indicador de calidad: <20%
3. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa, futilidad o riesgo prohibitivo
Indicador de calidad: <20%
4. Porcentaje de pacientes del Área III de Salud remitidos a CT preTAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa
Indicador de calidad: >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto deberá permitir la puesta en marcha de la consulta PreTAVI, y establecerla de forma permanente en la Cartera de Servicios del Servicio de Cardiología del HCU Lozano Blesa para los pacientes del Área III del Salud.

Calendario previsto

Marzo 2018: Organización de la Consulta

? Creación de check-list

? Base de datos para almacenar la información de los pacientes (formato Excel)

Abril 2018: Apertura de la Consulta

9. RECURSOS NECESARIOS.

Inicialmente no se precisarían de nuevos recursos para la apertura de la consulta PreTAVI, ya que se utilizaría la consulta externa de Hemodinámica y su staff para su cometido

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0895 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS CARDIOPATIAS FAMILIARES

2. RESPONSABLE PABLO REVILLA MARTI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERREIRA AGUAR ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· MESEGUER GONZALEZ DANIEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· RIO SANCHEZ SARA CARMEN. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· MELERO POLO JORGE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades heterogéneo caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita.

La genética de las enfermedades cardiovasculares era hasta hace pocos años una herramienta cara y difícil de conseguir, pero con la rápida evolución con las técnicas de next generation sequencing, el estudio genético ha pasado a considerarse una prueba más dentro del arsenal diagnóstico clínico habitual de las cardiopatías familiares. En la actualidad, las guías de práctica clínica lo incluyen con los más altos niveles de recomendación.

La realización de un estudio genético en las cardiopatías familiares tiene un rendimiento de positividad que oscila entre el 20-90% según la patología estudiada. No encontrar una variante patogénica en una familia diagnosticada por criterios clínicos o de imagen no significa que no tenga la enfermedad, sino que probablemente hoy en día no conocemos todos los genes implicados en la misma.

Ante un paciente con una cardiopatía familiar es necesario evaluar a sus familiares ya que existe la posibilidad de que hayan heredado la enfermedad. El estudio genético puede facilitar el estudio familiar en el caso que se haya identificado una variante patogénica en la familia. Además, el diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Establecer el algoritmo diagnóstico general en paciente con sospecha de cardiopatía familiar.
2. Establecer el algoritmo diagnóstico en familiar de paciente con cardiopatía familiar.
3. Establecer criterios de priorización del estudio genético en las cardiopatías familiares.
4. Registro de los estudios genéticos solicitados (casos índice y familiares).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- o Diseño de los algoritmos diagnósticos.
- o Sesión divulgativa en el servicio y secciones implicadas.
- o Registro de los estudios genéticos solicitados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- o Número de estudios genéticos solicitados.
- o Rendimiento del estudio genético por patología.
- o Porcentaje de estudios genéticos de prioridad alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- o Abril 2019 - Realización de algoritmos y criterios de priorización.
- o Mayo 2019 - Difusión del protocolo
- o Abril 2019 - enero 2020: Registro de los casos.
- o Febrero 2020: Evaluación de los datos obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- o No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria.

10. OBSERVACIONES.

- o Bases para establecer una consulta específica de cardiopatías familiares.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0895 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS CARDIOPATIAS FAMILIARES

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

2. RESPONSABLE PILAR LOPEZ CUARTERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTARRIBAS BOLSA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· PAESA GARZA MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· PEREZ BENDICHO PEÑA. INGENIERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ELECTROMEDICINA
· BAÑOS LEDESMA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· JIMENEZ AGESTA JOANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· CHARLO BERNARDOS MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La innovación en la tecnología y el conocimiento han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que nos desenvolvemos en la actividad asistencial diaria. Algunas unidades y estancias de nuestro hospital (Cardiología Intervencionista- Hemodinámica, Boxes Vitales Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos, Áreas de Anestesia, etc.), están dotadas de material y aparataje necesario para la asistencia de un tipo de paciente que presenta diferentes patologías pero que comparten características similares en cuanto a su riesgo vital. Esta tecnología permite la resolución y la asistencia de situaciones de alto riesgo generando entornos complejos y la disposición de que el equipamiento soporte funcione correctamente.

El uso de un check-list de aparataje en un formato digitalizado, va servir para trabajar de forma estandarizada, homogénea, y segura, tanto para profesionales habituales como para los de nueva incorporación, y personal de sustituciones / vacaciones. Lo que hará que se cree un ámbito laboral de seguridad, que garantizará una mejora de la calidad asistencial. El formato electrónico permite que la información de varios actores del ámbito de la salud converjan en una base de datos estructurada, y que los problemas causados o cualquier otra inconsistencia de datos pueden solucionarse con gran eficacia. Por lo que se establecería un vínculo o link con electromedicina / servicios técnicos, y/o supervisión de la unidad, y la creación de una incidencia de forma inmediata lo que facilitará y agilizará la resolución del problema, tanto por parte de estos servicios o de la casa comercial si fuese necesario, encontrando en ésta otra de las ventajas de la digitalización ya que ayudaría a desburocratizar el sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Evitar y/o reducir posibles eventos adversos relacionados con el aparataje.
- Crear un entorno laboral de seguridad a través de una forma estandarizada y homogénea de verificación del aparataje en la actividad asistencial diaria.
- Control y mantenimiento preventivo del aparataje y su material necesario siempre en condiciones óptimas.
- Unificación y coordinación en los registros de verificación del funcionamiento del aparataje.
- Conocimiento y participación de los profesionales en la implantación de prácticas seguras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Mediante la creación de un equipo multidisciplinar describir y poner en marcha un proyecto piloto en la unidad de cardiología intervencionista diseñando una lista de verificación o check-list del aparataje utilizado a diario (respirador, monitor desfibrilador, aspirador, marcapasos, material IOT, balón contrapulsación, etc.) tanto en codificación e identificación de equipos, como su mantenimiento y correcto funcionamiento. Posteriormente se trasladará a una plataforma excell realizando las correcciones oportunas consiguiendo un registro único, accesible y de fácil uso.

En fases posteriores se estudiaría la posibilidad de extrapolar a otras unidades antes mencionadas, y la creación de un programa informático unificado y coordinado a nivel hospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Elaboración de check-list de seguridad del equipamiento en la Unidad de Hemodinámica.
- 2 - N° de intervenciones demoradas por aparataje no operativo mensual.
- 3- Tiempo medio de demora por intervención por aparataje no operativo mensual.
- 4- N° de mantenimientos correctivos de equipos en la Unidad de Hemodinámica mensual.
- 5-N° de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual.
- 6-N° de pacientes que han sufrido un evento adverso relacionado con aparataje en la Unidad de Hemodinámica mensual.
- 7- Grado de seguridad de los profesionales de la Unidad de Hemodinámica tras el uso de listado de verificación de aparataje digitalizado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto piloto se desarrollará a lo largo del 2019 (fecha de comienzo Febrero 2019), con reuniones quincenales y/o mensuales y difusión por parte del mismo equipo inicial. En fases posteriores se irá ampliando

Proyecto: 2019_1003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

a otros profesionales según necesidades y puesta en marcha.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disposición del personal integrante del equipo para coordinación del trabajo y reuniones previstas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que requieren de medidas soporte vital
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1041 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

2. RESPONSABLE ANTONELA LUKIC OTANOVIC
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• JORDAN DOMINGO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• JIMENEZ MELO OCTAVIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dentro de cardiopatía isquémica, la atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) requiere de una rápida y correcta identificación del cuadro y un correcto manejo clínico del mismo siendo el retraso hasta reperfusión un condicionante pronóstico. La mortalidad intrahospitalaria de SCACEST varía entre 4 y 12% (mortalidad al año 10%). Las sociedades científicas insisten en la necesidad de monitorización de las demoras y en su auditoria periódica. Las guías nos indican los objetivos de calidad y cuando nuestro centro es un "centro con hemodinámica activa" (a semanas alternas, cuando coincide con la Alerta de Hemodinámica del equipo del HCU) se nos hacen las siguientes recomendaciones: Una demora < 10 min para realización e interpretación del electrocardiograma (ECG). Una demora < 10 min desde el diagnóstico hasta fibrinólisis (valorar reperfusión a los 60- 90 min). Una demora <60 minutos desde diagnóstico hasta ICP primaria (ICPp) (paso de la guía). Los pacientes transferidos para ICPp deberían ir directamente a hemodinámica. Todos los SCACEST deben permanecer monitorizados. Se desconoce en la actualidad cual es la situación en nuestro centro en cuanto a las demoras y la actuación en estos casos. Los datos preliminares indican que existe un amplio margen de mejora y que es necesario monitorizar y auditar periódicamente las actuaciones. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 61 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2018. Se han detectado demoras sustancialmente más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 55 min, demora de traslado 25 min, demora de sala 22 min, demora de sistema 100 min (medianas)- supone unos 30 min por encima de los tiempos recomendados). En muchos de los casos no ha sido posible determinar la hora del ECG. Más de 50% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código. El análisis de los datos no permite determinar de forma fidedigna cual es el principal determinante del alargamiento de las demoras ya que alguna de las actuaciones o bien no están registradas o no disponen de registro de la hora de su realización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Disminuir la demora de atención de los pacientes que acuden a nuestro centro con el diagnóstico de SCACEST, intentando ajustarnos a los tiempos recomendados por las guías de práctica clínica. Objetivos secundarios: Monitorizar las actuaciones y las demoras generadas. Analizar las demoras y buscar los posibles causantes. Corregir las actuaciones que generan demoras más prolongadas. Establecer un feed back entre los Servicios de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El desarrollo del proyecto requiere de las siguientes actuaciones: Etapa 1: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por los médicos y DUEs de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica y celadores. Creación de una hoja de registro unificada. Definición de las variables a recoger. Unificación de criterios. Elaboración de Diagrama de Ishikawa con los factores contribuyentes. Análisis y evaluación de riesgos. Priorización de riesgos con en AMFE. Etapa 2: Difusión entre los profesionales y explicación de la importancia del registro. Recogida de datos. Etapa 3: Reuniones trimestrales del grupo de cara a revisar los casos recogidos y auditar las demoras (detección de riesgos). Recogida de las demoras, primer ECG (o ECG diagnóstico de SCACEST) y cateterismo para cada paciente. Análisis causa raíz para los potenciales eventos adversos graves derivados de las demoras. Generación de un informe en cada reunión con feed back en los dos servicios. Etapa 4: Creación de un informe anual con propuesta de plan de contingencia de corrección de riesgos (demoras injustificadas generadas). Etapa 5: Puesta en marcha de los planes de contingencia. Análisis de las mejoras conseguidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de los pacientes con todos los ítems rellenos 2. Porcentaje de pacientes con demora del sistema superior a 120 minutos. 3. Porcentaje de los pacientes con demora de sistema <60 minutos. 4. Porcentaje de pacientes con demora de diagnóstico < 10 minutos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto tiene un desarrollo por etapas. Inicio mayo 2019. Finalización diciembre 2020. Está prevista la cumplimentación de Etapa 1 durante los meses de mayo y junio 2019. Etapa 2 junio, julio, agosto y septiembre. Etapa 3- reuniones en septiembre y diciembre 2019, marzo, junio, septiembre y diciembre del 2020. Etapa 4- enero-febrero 2020. Etapa 5: marzo a diciembre 2020.

Proyecto: 2019_1041 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo de los profesionales. Sala para las reuniones. Impresión documentos (consenso, formularios de registro, carteles de difusión, informe, etc). Actualización de las horas y fechas de los aparatos y ordenadores. Elaboración de base de datos. Apoyo informático para la integración del registro dentro del PCH. Financiación para los planes de contingencia (sobre todo formación).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_1127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

2. RESPONSABLE JORGE MELERO POLO

- Profesión MIR
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MESEGUER GONZALEZ DANIEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- RIO SANCHEZ SARA CARMEN. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- BRICEÑO REVILLA JORGE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- MURLANCH DOSSET ELENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- COIMBRA DURAN HUMBERTO ANTONIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- CANTERO LOZANO DANIEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes que padecen un Infarto agudo de miocardio (IAM) deben enfrentarse, junto al estrés de una patología con potencial riesgo vital, a una serie de cambios en su vida cuando salen de alta del hospital.

En primer lugar, el control de factores de riesgo vascular: algunos de estos, como el tabaquismo, son difíciles de erradicar a largo plazo (según las últimas series hasta un 50% de los pacientes que deja de fumar por un infarto recaen en el primer año) y otros como los hábitos dietéticos de calidad o el ejercicio físico son de difícil implementación.

En segundo lugar, tras el diagnóstico de IAM, es necesario pasar a tomar un número elevado de pastillas, en muchos casos de por vida. La polifarmacia, bien aceptada en general por los pacientes en la fase aguda, es más cuestionada por los pacientes en los meses / años venideros, produciéndose en muchos casos la interrupción del tratamiento. El hecho de no proporcionar a los pacientes adecuada información puede influir de forma decisiva en esta conducta. Pensamos que el momento propicio para proporcionar información de calidad a los pacientes y a sus familiares es precisamente mientras todavía se encuentran ingresados, dado que en este momento la percepción del riesgo es mayor. Asimismo, creemos que el hecho de realizar seminarios grupales genera un refuerzo positivo en los pacientes, que comprenden que no son los únicos que pasan por esta situación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los pacientes diana de nuestros seminarios serán todos aquellos pacientes ingresados en la planta de cardiología con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (así como sus familiares) y que deseen participar en los mismos (la asistencia será siempre, por supuesto, voluntaria).

Como intervención, elaboraremos y expondremos semanalmente durante un año un seminario cuyas características se detallarán en el apartado siguiente.

Los objetivos a conseguir son los siguientes:

- Explicar brevemente a los pacientes / familiares en qué consiste el infarto agudo de miocardio y qué causas pueden haber contribuido a haberlo padecido
- Detallar cuáles son las intervenciones que pueden ayudar a controlar los factores de riesgo vascular, disminuyendo así de forma muy significativa el riesgo de reinfarto.
- Explicar cómo funcionan y en qué basan su eficacia los medicamentos más habituales que se prescriben tras un IAM, reforzando así la adherencia al tratamiento.
- Informar a los pacientes sobre cuestiones legales relevantes tras un IAM que pueden ser importantes tanto para su propia salud como para la de la población (plazo necesario para conducir, profesiones de riesgo, etc...)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se llevará a cabo, con periodicidad semanal (todos los miércoles), un seminario de unos 20 minutos de duración en la sala de sesiones de cardiología; El momento elegido será al acabar la actividad asistencial de la mañana, en torno a las 15:00h. Durante el pase de planta, se informará verbalmente a pacientes y familiares de la realización del seminario.

Los encargados de realizar esta actividad serán los residentes de cardiología del HCU Lozano Blesa, que elaborarán los temas que se van a explicar, y se ocuparán de impartir los seminarios.

Posteriormente, todos los interesados podrán formular las preguntas que estimen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Con el objetivo de tratar de establecer si el proyecto es efectivo, se elaborará una encuesta de satisfacción, que se solicitará al alta.

La encuesta será totalmente anónima, y en ella se planteará:

- En primer lugar, una valoración subjetiva sobre la actividad, su utilidad y si recomendarían que se hiciera de forma rutinaria.
- En segundo lugar, preguntar de forma abierta acerca de lo que han aprendido y qué otros temas les gustaría que se trataran, para adaptar en el futuro el temario a aquello que sea más útil.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de comienzo de proyecto: 01/05/2019

Proyecto: 2019_1127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

Fecha de finalización de proyecto: 01/05/2020

Duración: 12 meses.

01/05/2019 - 01/06/2019: durante este primer mes se elaborará el material necesario para la actividad (selección de los temas a discutir, búsqueda de bibliografía, elaboración de una presentación, diseño de la encuesta de satisfacción...)

01/06/2019 - 01/04/2020: durante 10 meses desarrollaremos la actividad de forma semanal, además de registrar la satisfacción de los receptores mediante una encuesta.

01/04/2020 - 01/05/2020: este último mes evaluaremos el éxito de la iniciativa analizando los resultados de la encuesta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El proyecto no conlleva gasto alguno, más allá de la impresión de las encuestas.

Se solicitará al servicio el uso de la sala de sesiones (en horario en la que habitualmente no se utiliza para ningún otro fin).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2019_1284 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ LABUENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· MESEGUER GONZALEZ DANIEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la edad adulta y se calcula que entre el 20 y el 30% de los pacientes con fibrilación auricular presentan enfermedad coronaria. Se estima que aproximadamente el 5-8% de los pacientes que se someten a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) presentan fibrilación auricular. Aunque los anticoagulantes orales y el tratamiento antiplaquetario doble ayudan a reducir el riesgo de ictus y acontecimientos isquémicos recurrentes, respectivamente, la combinación conduce a un aumento del riesgo de hemorragia. Actualmente se han publicado diversos estudios con la combinación de anticoagulantes orales directos (ACODs) y antiagregación simple o doble con buenos resultados de seguridad. Por ello creemos necesario homogeneizar la estrategias terapéutica en cuanto a fármacos y duración de los tratamientos en los pacientes con fibrilación auricular e intervencionismo coronario percutáneo bien electivo o por síndrome coronario agudo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar el algoritmo de tratamiento al alta hospitalaria de los pacientes con fibrilación auricular sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (de forma programada o tras síndrome coronario agudo)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración del algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante
- Difusión del mismo en el servicio de Cardiología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración del protocolo y algoritmo de tratamiento (si/no)
- Número de pacientes con fibrilación auricular e ICP y recomendación de duración del tratamiento antitrombótico en el informe de alta * 100 / Número de pacientes con fibrilación e ICP
- Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP en tratamiento con ACOD * 100 / Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril-Mayo 2019 - Elaboración del protocolo / algoritmo de tratamiento
Junio 2019 - Difusión en el servicio de Cardiología
Mayo 2019-Enero 2020 - Recogida de datos

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRAFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

2. RESPONSABLE CRISTINA MARTINEZ LASARTE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBAÑEZ TORRES MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- JULIAN GARCIA MARIA INES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- RODRIGO TRALLERO GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- RODRIGUEZ LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- SANCHEZ VAL ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
- SORINAS VILLANUEVA LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El holter electrocardiográfico es una prueba diagnóstica muy frecuente en la práctica diaria de la consulta de cardiología para el diagnóstico de distintos problemas, ya sea de la propia especialidad como de otras (neurología, medicina interna, pediatría; entre otras). Durante el año 2018 se realizaron la colocación y lectura de 1127 holter. Debido a que es un procedimiento que se lleva a cabo a diario y es de gran utilidad en el diagnóstico tanto de arritmias como de otras alteraciones cardiológicas, se ve necesario realizar una formación adecuada para su correcto manejo y lectura, tanto entre el personal propio de la unidad como para el de nueva incorporación, evitando así la heterogeneidad de resultados y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica. En el trabajo diario se cuenta con una plantilla reducida (tres enfermeras de cardiología y una enfermera de arritmias) y, dada la especialización que requiere el puesto de trabajo, conocimiento del software específico Ela Medical®, entre otras; se hace necesaria la elaboración de un procedimiento de manejo y lectura del holter electrocardiográfico para todo el equipo y para las personas de nueva incorporación, que en muchas ocasiones tienen que ponerse al día en cortos periodos de tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir la variabilidad clínica en la obtención e interpretación de los datos.
- Reforzar los conocimientos y habilidades del personal de la plantilla sobre el manejo y lectura que se lleva a cabo en el trabajo rutinario.
- Facilitar el aprendizaje para los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad.
- Garantizar una correcta interpretación de los datos obtenidos en la lectura del holter.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración del procedimiento de manejo y lectura de holter para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Difusión del procedimiento.
- Planificación oferta formativa.
- Revisión bibliográfica sobre lectura y manejo de holter.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Procedimiento elaborado.
- Difusión del procedimiento en el servicio mediante correo electrónico o papel.
- Difusión del procedimiento en personal de nueva incorporación
- Porcentaje de procedimientos difundidos en el servicio
- Porcentaje de procedimientos difundidos en personal de nueva incorporación.
- Utilización del procedimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los componentes del equipo de mejora de calidad participarán de forma equitativa en las diferentes actividades y servicios a realizar siendo coordinados por el responsable del proyecto entre abril y diciembre de 2019. Se realizarán reuniones quincenales con puestas en común del trabajo realizado y objetivos alcanzados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRAFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)

2. RESPONSABLE ALFREDO JIMENEZ BERNADO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BORREGO ESTELLA VICENTE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
• FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• GONZALEZ MORAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En Aragón, tradicionalmente se han estado derivando a los pacientes con CP para su tratamiento a hospitales de otras comunidades, con la carga emocional y económica que esta externalización conlleva. Esta carga económica no solo grava al SALUD, sino que también merma la economía de los propios pacientes que sufren la enfermedad y de sus familiares.

En España hay más de 30 hospitales acreditados por el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP) y es llamativo que comunidades como Baleares, Navarra y Asturias a pesar de tener menos población que Aragón, poseen desde hace tiempo un programa multidisciplinar de CP en sus hospitales.

Aragón no ha querido seguir dando la espalda a esta realidad y desde la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, el Dr. Vicente Borrego, el Dr. José Antonio Gracia y yo (Dr. Alfredo Jiménez), nos propusimos hace tiempo consensuar a todos los servicios implicados en el manejo de esta patología porque creíamos era un proyecto indispensable en Aragón.

Tras haber solicitado, consensuado y superado un periodo de formación/acreditación en el tratamiento de esta patología con el Dr. Pedro Barrios en el Hospital Moisés Broggi (Barcelona), pretendemos poner en marcha el programa y establecer al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza como centro de referencia en Aragón del Tratamiento Multidisciplinar de la CP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desarrollar de forma centralizada un programa de atención especializada a los pacientes afectados por neoplasias malignas del peritoneo en Aragón, para ofrecerles las mejores opciones terapéuticas, basadas en el tratamiento multidisciplinar con Cirugía Citorreductora Radical (CRS) y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en casos seleccionados donde el Comité Multidisciplinar lo considere oportuno.

Definir y sistematizar las actuaciones que se deben realizar para conseguir que nuestros pacientes reciban un tratamiento multidisciplinar de calidad, bien coordinado y eficiente.

Buscar en todo momento el trato de excelencia centrado en el paciente abordando la enfermedad no sólo desde el punto de vista técnico sino también humano, estableciendo como un objetivo prioritario la seguridad de la paciente.

Proporcionar una asistencia integral a los pacientes diagnosticados de CP obteniendo resultados clínicos satisfactorios y seguros con la asistencia dispensada.

Conseguir de forma protocolizada un diagnóstico y tratamiento eficaz, rápido y eficiente, evitando la repetición de pruebas y variabilidad no deseada de la práctica clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

idem

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES BÁSICOS:

- Morbilidad/mortalidad en postoperatorio inmediato a 90 días
- Estancia media hospitalaria
- Supervivencia global/supervivencia libre de enfermedad (recurrencia) a 1-3-5 años

INDICADORES DE PROCESO:

- N° sesiones multidisciplinarias realizadas. En más del 90% de los casos la frecuencia será semanal/quinquenal en función de la presencia de casos.

Proyecto: 2019_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)

- N° sesiones en la que asiste al menos un miembro por Servicio Clínico participante. En más del 90% de los comités la totalidad de los Servicios participantes estarán representados.
- N° informes registrados en Intranet/Hp Doctor. Objetivo 100%.

INDICADORES DE RESULTADO:

- Tiempo demora desde conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superará los 7 días. El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde conocimiento por el responsable y su presentación en Comité

$$\frac{\text{Nº pacientes presentados después de 7 días tras conocimiento del responsable}}{\text{Nº total pacientes presentados en el Comité}} \times 100$$

- Consultas Cirugía General/Ginecología/Anestesia/Endocrino/ Ostromía, serán el mismo día. El 85% de pacientes tendrán las consultas el mismo día

$$\frac{\text{Nº pacientes sin consultas el mismo día}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP}} \times 100$$

- Tiempo demora desde confirmación de que procede COP hasta la realización de CRS+/-HIPEC, no superará los 30 días. El 85% de los pacientes no superará los 30 días desde confirmación de COP y realización de CRS+/-HIPEC

$$\frac{\text{Nº pacientes con CRS+/-HIPEC realizada después de 30 días tras diagnóstico}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP con CRS+/-HIPEC}} \times 100$$

- El tiempo transcurrido desde toma de piezas de COP hasta recepción informe Anatomía Patológica (AP), será inferior a 10 días. El 85% de pacientes no superará los 10 días desde la toma muestras de COP hasta la recepción del informe

$$\frac{\text{Nº de informes recibidos después de 10 días de la COP}}{\text{Nº total informes de AP de pacientes con COP}} \times 100$$

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comienzo Marzo 2019 y duración ilimitada (tras los primeros 25 casos el Servicio Aragonés de Salud-SALUD auditará la consecución de objetivos y criterios de calidad planteados en el proyecto).

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Separador específico Thompson
- Bomba HIPEC (preferiblemente Performer HT-Rand)
- Equipo aspiración de Humos (preferiblemente Covidien)
- Monitor anestésico PiCCO o VIGILEO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

2. RESPONSABLE MANUELA ELIA GUEDEA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• PALACIOS FRANCO MARIA GEMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• CASADO AZNAR ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• JUSTE RUBIO RAQUEL. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• ASURMENDI GIMENEZ ELENA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• ASENSIO LAMATA ALINE. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• QUINTANA IBAÑEZ CAMINO. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El reposo en cama aumenta la resistencia a la insulina, incrementa la pérdida de masa y fuerza muscular y altera la función pulmonar. La movilización precoz del paciente intervenido de cáncer colo-rectal ha demostrado ser una medida eficaz para la disminución de complicaciones respiratorias, vasculares, disminución del íleo postoperatorio, además de reincorporar al paciente cuanto antes a su actividad habitual.
El levantamiento y la deambulación en el postoperatorio temprano es uno de los items que recomienda la guía RICA de recuperación intensificada en cirugía abdominal. No obstante, para que esta medida se pueda llevar a cabo, se requiere un entorno de cuidados que faciliten la movilización precoz, con un personal sanitario motivado y coordinado y por supuesto una información adecuada de la importancia del mismo.
Por otro lado la participación de los pacientes y familiares en el proceso de recuperación tras cirugía colorectal debe ser mandatorio en la actualidad, donde cada vez es más relevante el empoderamiento de los pacientes. Un paciente implicado activamente en su recuperación, motivado para ello, y enseñado con tal objetivo, se siente "menos enfermo", consiguiendo reducir parte del estrés perioperatorio que conlleva el diagnóstico de una enfermedad maligna y una intervención quirúrgica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de nuestro proyecto es proporcionar a los familiares y pacientes intervenidos de cáncer colo-rectal, un plan de cuidados postoperatorios que incluyan la movilización precoz y autónoma y una serie de ejercicio físico (respiratorio, aeróbico y anaeróbico) durante el ingreso.
Implicar a paciente y familiares en la recuperación, realizando enseñanzas sobre levantamiento precoz, y ejercicios dirigidos desde el primer día del ingreso.
Reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria.
Valorar el confort y grado de satisfacción de nuestros pacientes durante su ingreso.
Empoderar al paciente en su recuperación.
Como último objetivo, este programa pretende gestionar de forma más adecuada el trabajo de auxiliares y celador de planta, centrándose en los pacientes que más cuidados precisan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Al ingreso del paciente se les explicará el plan diseñado durante su estancia, por facultativo, enfermera y auxiliar (información verbal y escrita).
El mismo día del ingreso se enseñará a paciente y familiares: ejercicios respiratorios (inspiron), cómo levantarse tras la intervención sin realizar esfuerzo de prensa abdominal y de la manera más autónoma posible y las pautas de caminar y ejercicio anaeróbico de EESS.
El primer día postoperatorio a su regreso a planta tras la intervención a las 20:00 h auxiliar y enfermera levantarán al paciente, junto con el familiar, con la pretensión de que el resto de los días paciente y familiares sean autónomos en el levantamiento. Si no hubiera familiares, la auxiliar colaborará en el levantamiento.
El primer día postoperatorio, se comenzarán ejercicios de EESS, respiratorios y deambulación. Se indicará un circuito por planta preestablecido de 125 m. El paciente realizará 5 vueltas en tres tandas a lo largo del día. Se monitorizará frecuencia cardíaca y saturación de O₂ previo al ejercicio y posteriormente.
El resto de días se realizará la misma pauta, aumentando la deambulación de forma progresiva.
Los ejercicios de EESS, y respiratorios de podrán realizar en grupo en una de las salas de espera en horario determinado, dirigidos por enfermera y auxiliar.
Al alta hospitalaria se entregará una encuesta de satisfacción y sugerencias de mejoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal
2.- Tiempo en metros caminados/día por cada paciente
3.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal > 70 años que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal

Proyecto: 2019_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

- 4.- Dificultades de la puesta en marcha del programa
 - 5.- Número de veces en los que es necesario la auxiliar/celador para levantar al paciente intervenido de cáncer colo-rectal/Número de veces durante el ingreso que se levanta el paciente
 - 6.- Complicaciones (escala de Clavien-Dindo)
 - 7.- Estancia hospitalaria
 - 8.- Grado de satisfacción de los pacientes
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Responsables: facultativos de cirugía colo-rectal, enfermeras y auxiliares de enfermería de planta de cirugía.
Primera reunión de trabajo informativa para todo el personal implicado en Marzo de 2019. Puesta en marcha en abril de 2019. Los datos se recogerán de manera prospectiva. El primer análisis se realizará al año.
9. RECURSOS NECESARIOS.
Folleto informativo
 10. OBSERVACIONES.
 10. ENFOQUE PRINCIPAL.
 11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Adultos
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
 12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2019_0239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE LAURA SANCHEZ BLASCO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELGADO BLANCO ELENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El protocolo quirúrgico (PQ), también denominado hoja quirúrgica, protocolo operatorio, nota operatoria, constituye un elemento fundamental de la historia clínica de los pacientes asistidos en servicios quirúrgicos y su función principal es la de servir como nexo de comunicación entre todos los integrantes de salud responsables, tanto de aquellos involucrados durante el ingreso como en la posterior atención ambulatoria o domiciliaria. Su lectura y comprensión debe permitir el conocimiento acabado del procedimiento quirúrgico desarrollado así como de los hallazgos, táctica adoptada y técnica quirúrgica, eventuales dificultades, incidentes y/o complicaciones y observaciones a detallar.

La presencia a esta información de manera global en la Historia Clínica Electrónica permite el acceso directo informatizado, desde cualquier centro del área, con información clara, concisa, detallada y esquematizada, ya que a veces adjunta además una imagen explicativa para contribuir a su comprensión.

Bien conocida y significativa es su utilidad como elemento de evaluación de la calidad de atención médica, para la realización de trabajos científicos, a las actuales circunstancias de epidemia de juicios por presunta malpraxis imponen una cuidadosa y detallada elaboración, por ser dicho elemento de la historia clínica, en numerosas oportunidades, fundamental para el esclarecimiento de un caso. No puede obviarse que un correcto manejo de riesgo médico- legal impone una cuidadosa elaboración de dicho documento, por ser fundamental para el conocimiento acabado de todas las circunstancias que rodean la atención de un paciente en particular.

La creación de protocolos preformados con los detalles a especificar tales como localización, la ubicación de la patología por cuadrantes, la uni o bilateralidad, la técnica realizada, la adición o no de técnicas agregadas (Biopsia selectiva del ganglio centinela, linfadenectomía, colocación de prótesis, colocación de drenajes...), el uso de profilaxis antibiótica confecciona de esta manera un protocolo sencillo, completo que consigue además el perfeccionamiento de la nota operatoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Informatizar el protocolo quirúrgico de la Unidad de Mama (UMAC) de HCU Lozano Blesa

1. Mejora de intercomunicación entre los médicos tratantes
2. Tratar de información relevante, accesible, legible, completa, sin opción al extravío
3. Fácil acceso a un elemento docente, a análisis estadísticos, análisis de costos (prestaciones, prótesis, material utilizado...)
4. Adjuntar si es solicitado como información al paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Informatización completa de los datos del protocolo operatorio de la UMAC a partir de Julio del 2019

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor y/o Historia Clínica Electrónica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril 2019: grupo de trabajo, contacto con informática,

Mayo 2019: creación de plantillas base de protocolos quirúrgicos preformados de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes con los ítems a rellenar.

Junio 2019: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.

Enero 2020: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración con el servicio de informática del Hospital Clínico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESÁ

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIRUGIA MAMARIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACION PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESADA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE FRANCISCO SOLER LANZUELA
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CRISTOBAL MENDEZ NURIA MARIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - GONZALVO APARICIO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - LOPEZ MARTINEZ ANA CRISTINA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - EZQUERRA CASAUS LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - PINILLA JOVEN NOELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - SANZ SANMIGUEL CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Necesidad de crear un medio físico donde tener toda la información que les damos a los pacientes, para así dársela en el momento del ingreso.

En estos momentos no tenemos ningún documento que plasme gráficamente la información que damos de manera verbal en cuanto al funcionamiento de la unidad, hospital, y los consejos generales durante el ingreso.

Los pacientes al ingreso llegan a un medio desconocido, donde reciben mucha y nueva información, todo ello unido a la situación de ansiedad y estrés que les genera el propio ingreso hace que la información no sea recibida adecuadamente y se pierda. Por ello pensamos que un documento que refleje dicha información por escrito facilitaría el confort, la seguridad y la tranquilidad del paciente y de sus familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reforzar y potenciar la información/comunicación entre paciente/familia y personal sanitario, y el medio que lo rodea (hospital).
 - Aportar seguridad al paciente.
 - Unificar criterios en la información que se le da al paciente.
 - Garantizar que el paciente esté informado durante el proceso asistencial
- El proyecto va dirigido a los pacientes que ingresan en la unidad, tanto de forma programada como urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Búsqueda de información, revisión de guías de otros hospitales y/o servicios del HCU Lozano Blesa. Sondeo al personal de planta acerca de lo que se hace/dice, como se informa cuando un paciente llega a la unidad.
- Primera reunión del equipo, puesta en común de ideas y redacción del primer borrador del proyecto.
- Se pondrá en conocimiento de supervisores de planta, jefe de servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica.
- Segunda reunión del equipo. Diseño y finalización de hoja.
- Presentación de hoja y explicación al equipo asistencial.
- Puesta en marcha.
- Elaboración de encuestas personal sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Numero de personas a las que les damos la hoja de acogida.
 - Numero de folletos impresos.
 - Disminución del número de preguntas relacionadas con la información dada. (mediante encuesta al personal).
 - Grado de satisfacción del personal. (mediante encuesta al personal).
- % de pacientes a los que entregamos el el folleto informativo se muestran mas seguros al recordar la información que les damos de manera verbal.
- Incremento y mejora de la comunicación entre paciente/familia y personal y relación con el medio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto marzo 2019- Finalización del proyecto septiembre 2019.

Durante el primer trimestre realizaremos la búsqueda de información, revisión de guías...se realizará la puesta en común de ideas mediante una reunión de equipo donde también se elaborará un primer borrador del folleto. Una vez realizada la primera reunión se comunicará a los responsables del servicio, supervisora de planta, jefe del servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica para su aprobación.

Durante el segundo trimestre terminaremos el diseño del folleto, trasladándolo al servicio de calidad del hospital para su aprobación.

Para finalizar se presenta al equipo asistencial para su puesta en marcha.

Proyecto: 2019_0374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACION PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala de reunión.
Ordenador, impresora, folios.
Equipo multidisciplinar.

10. OBSERVACIONES.

La sala de trabajo que utilizaremos será la sala de reuniones de la planta que está ubicada en el control de enfermería del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinos-metabólicas, enfermedades digestivas, neoplasias, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• BUENO FENERO SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• SOLER LANZUELA FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
• CASTAÑO PRIETO CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
• RUBIO TORNER NATALIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTAS EXTERNAS
• OCON BRETON MARIA JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el servicio de cirugía y la unidad de estomaterapia, detectamos la necesidad de proporcionar información escrita como soporte a la educación sanitaria realizada al paciente ostomizado, durante la hospitalización y tras el alta, en consulta ambulatoria. Actualmente disponemos de un tríptico de información general, realizado en el año 2012 en el marco de un proyecto de mejora de calidad, pero no de monográficos sobre otros aspectos en los que interesa profundizar, como es la dieta. En el monográfico de alimentación en ileostomías, se incluirá además un registro de débito por la ileostomía, los signos de alarma, y los pasos a seguir en caso de aparición de alguno de ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: pacientes intervenidos en el hospital, a los que se les realiza una ostomía de eliminación. El objetivo principal del proyecto es mejorar la atención brindada a los pacientes sometidos a una cirugía que conlleva la realización de un estoma de eliminación.

Objetivos:

- Reforzar la información proporcionada verbalmente a los pacientes.
- Aumentar la seguridad y confianza en el autocuidado por parte del paciente/familia.
- Disminuir el número de consultas no programadas por dudas o complicaciones relacionadas con la dieta.
- Disminuir el número de asistencias de urgencias debido a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada (deshidratación, obstrucción...)
- Disminuir el número de reingresos debidos a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Formación del equipo de trabajo multidisciplinar. En él se incorporan enfermeros del servicio de cirugía general, de la unidad de estomaterapia, del servicio de urgencias y de atención primaria, además de ser supervisado el proyecto por el servicio de nutrición.
- Búsqueda bibliográfica.
- Elaboración de documento "borrador". Este será entregado a cirujanos generales, enfermeros de cirugía, nutricionista, y a pacientes "expertos" que colaboran actualmente en el taller de educación a pacientes ostomizados y familiares. Tras su valoración y recogida de opinión se procederá a:
- Analizar el feed back recibido y redacción de nuevo documento con sus correcciones/aportaciones.
- Revisión y consenso por el equipo multidisciplinar.
- Presentación del proyecto final al equipo directivo del servicio: jefe cirugía, supervisora de unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a las consultas externas y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar ninguna visita no programada, relacionada con dudas sobre aspectos dietéticos. Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de los pacientes por medio de entrevista en consultas. No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- ? -Inicio: marzo 2019: Reunión del equipo. Búsqueda bibliográfica.
- ? -Abril: Redacción de documento "borrador". Será consensuado con servicio de nutrición, y evaluado por al menos 2 cirujanos del servicio de cirugía general del hospital.
- ? -Primer martes de mayo: presentación a pacientes expertos del documento "borrador".
- ? -2ª Quincena de mayo: redacción del documento definitivo.
- ? -Junio: Implementación del documento como documento de apoyo educativo a todos los pacientes ostomizados intervenidos a partir de ese momento.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- ? -Sala de reuniones del hospital para las reuniones del equipo de trabajo (despacho supervisión cirugía B, consulta estomaterapia)

Proyecto: 2019_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

- ? -Equipo informático: ordenador, impresora.
- ? -Material de papelería.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

2. RESPONSABLE ALBERTO LATORRE SAHUN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIO BARRABES JESSICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, con un importante impacto en la salud pública por su elevada morbimortalidad, la disminución en la calidad de vida que supone en los pacientes afectados, la posible necesidad de institucionalización y el gasto sanitario que producen. Esta enfermedad supone una reducción de la masa ósea por una tasa de resorción ósea mayor que la tasa de síntesis ósea lo que implica una mayor fragilidad ósea con un mayor riesgo de fracturas.

Es por ello que la fractura osteoporótica es una patología muy frecuente. Una vez se presenta, supone en sí misma un factor de riesgo para la aparición de otra nueva fractura osteoporótica. Sus localizaciones más habituales son: columna, cadera, antebrazo distal y húmero proximal. Para su tratamiento existen distintos fármacos de eficacia probada tanto para el mantenimiento de la masa ósea existente como para la disminución de la aparición de nuevas fracturas.

A pesar de lo expuesto, en nuestro día a día es habitual encontrarse con pacientes que ingresan presentando una fractura osteoporótica de cadera que bien o ya han padecido previamente alguna otra en distinta localización y no presentan una adecuada medicación al ingreso, o que presentan características que corresponden con un alto riesgo de padecer una 2ª fractura osteoporótica y a los que no se les inicia tratamiento al alta.

Con la creación e implantación de este protocolo se pretende que todo aquel paciente que ingrese en nuestro servicio por una fractura osteoporótica de cadera sea evaluado para que de cara al alta y siempre que sea necesario se le instaure un tratamiento para la osteoporosis en función de sus necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Su objetivo principal es realizar una correcta prevención secundaria de la fractura osteoporótica al alta mediante la aplicación de este protocolo. Como objetivo secundario se pretende disminuir la aparición de nuevas fracturas de este tipo en dichos pacientes.

La población diana serán los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se revisarán las principales guías clínicas existentes para el tratamiento de la osteoporosis a partir de las cuales se creará un protocolo de actuación para la prevención secundaria de la fractura osteoporótica que será aplicable al alta hospitalaria de nuestros pacientes. Dicho protocolo será presentado en sesión clínica del servicio.

Se crearán además unas hojas que recojan los factores de riesgo evaluables, que estarán disponibles para cualquier facultativo de cara a facilitar la cuantificación del nivel de riesgo de cada paciente en el momento del alta.

El seguimiento de estos pacientes se realizará de manera ambulatoria, valorando la adhesión al tratamiento y la aparición de nuevas fracturas a medio y largo plazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se valorará en cifras absolutas el número de pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera de manera anual así como la mortalidad al primer año.

Como indicadores se cuantificará:

1.- Implantación del protocolo: Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo al alta respecto al número total de pacientes ingresados por esta patología. El estándar deseable será de = 95%.

2.- Adhesión al tratamiento: Número de pacientes que mantienen el tratamiento al año de su aplicación respecto número de pacientes a los que se les instauró el tratamiento en ese mismo año. El estándar deseable será de = 95%.

3.- Aparición de nuevas fracturas: Número de nuevas fracturas osteoporóticas respecto al total de pacientes que presentaron buena adherencia al tratamiento y respecto del total de pacientes a los que se les pautó tratamiento al alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Revisión de la bibliografía existente y creación del protocolo en uno-dos meses desde la fecha para su presentación posterior en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de baremación del riesgo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para evaluar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Puede ser necesaria la ampliación del estudio analítico incorporando la vitamina D de cara a un correcto estadiaje del paciente.

10. OBSERVACIONES.
No son necesarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0433 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE MARCIAL ALVAREZ SALAFRANCA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LITE CENZANO CRISTINA DEL PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
- MORALES MOYA ANA LUISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
- CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El mapeo corporal digital es una tecnología no invasiva, novedosa que ha demostrado su eficacia en el diagnóstico precoz del melanoma cutáneo. Mejora la precisión diagnóstica hasta en un 95%. Está principalmente indicada en pacientes con factores de riesgo de melanoma primario, o en aquellos que han padecido un melanoma primario, en los que es necesario un mayor control. La dermatoscopia digital nos permitirá almacenar los datos de las diferentes consultas gracias a contar con una cámara y un software, además de permitirnos hacer comparaciones precisas entre una exploración y otra.

El pronóstico de supervivencia global del paciente con melanoma, depende del diagnóstico y tratamiento precoz del mismo. Es por ello que las unidades asistenciales responsables del diagnóstico del melanoma cutáneo deben estar dotadas de todos los medios técnicos que han demostrado beneficio en cuanto al diagnóstico precoz del melanoma. En este sentido considerando que nos encontramos en un hospital de referencia en nuestra provincia, en el que ya hemos podido observar una mejora en el diagnóstico de melanoma con la dermatoscopia manual, debemos incorporar la tecnología mas novedosa a nuestro servicio, la dermatoscopia digital, que pueden ayudar a nuestros pacientes a tener un diagnóstico más precoz de sus lesiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes de cualquier edad, con factores de riesgo de melanoma y cuyo control con los métodos habituales en las consultas de dermatología, no sean suficiente para poder garantizar su diagnóstico más precoz. Pacientes con gran número de nevus, en lugares difícil de controlar o muchos con estructura atípica, pacientes con antecedentes personales o familiares de melanoma y cáncer de páncreas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta quincenal en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un equipo dermatoscópico digital (Foto- Finder), el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones pigmentadas y se hará seguimiento según el riesgo del paciente para desarrollar melanoma. La enfermera de la unidad realizara la toma de imágenes digitales y el dermatólogo realizará la evaluación de las diferentes lesiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta con la técnica de mapeo corporal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde Mayo a Diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

En las consultas de Dermatología se cuenta con equipo dermatoscópico digital y con personal capacitado para su utilización, Dr. Marcial Álvarez Salafrañca.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE SONIA DE LA FUENTE MEIRA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La teledermatología (TD) consiste en la evaluación clínica de lesiones cutáneas y la revisión de datos de laboratorio por dermatólogos con técnicas de TM, permitiendo el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a distancia. El objetivo fundamental es conseguir acceso a la medicina cutánea especializada desde lugares remotos o agilizar la llegada de los pacientes a las consultas para su tratamiento. Un objetivo secundario sería aumentar la eficiencia diagnóstica disminuyendo el número de visitas al hospital.

El objetivo principal de esta técnica es cribar pacientes con lesiones benignas para priorizar patologías más urgentes y severas para que de forma rápida puedan ser atendidas. "Con la Tele-Dermatología un dermatólogo on line puede orientar el cuadro clínico en pocos días (incluso en horas). La priorización, la accesibilidad o el cribado de patologías banales son algunos de los pilares en los que se sustenta la relación entre la teledermatología y las especialidades.

Vamos a comenzar a trabajar con 11 centros de primaria del Área III de Aragón. Un adjunto del servicio de dermatología, el Dr. Marcial Álvarez Salafranca, se hará cargo de interpretar y valorar los casos de remitidos desde los centros de salud. La Dra. Sonia de la Fuente Meira será la coordinadora del proyecto.

Es muy importante que las imágenes que se remitan para diagnóstico, sean obtenidas en las mejores condiciones. Tras la valoración de las muestras puede existir diferentes supuestos: a) No necesita valoración dermatológica, se puede indicar un diagnóstico, sugerir un tratamiento si precisa o indicar si es competencia de otro especialista. b) Puede necesitar valoración dermatológica pero no es preferente. c) Puede tratarse de una lesión tumoral que requiera tratamiento quirúrgico, y que deba citarse en los Quirófanos de Dermatología. d) Puede tratarse de un paciente que necesite una valoración presencial, porque no se tiene claro el diagnóstico. En este caso se le facilitará al paciente una cita en las Consultas Externas de Dermatología.

Los casos remitidos con Teledermatología nos comprometemos a que sean valorados entre 7-10 días.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Esté proyecto se va a comenzar con 11 centros de salud del área III de Zaragoza. Las lesiones serán valoradas por el Médico de atención Primaria, quien realizará una foto de la lesión lo más nítida posible y con referencia métrica para valorar el tamaño de la misma. Dicha imagen se remitirá a nuestro servicio donde a la mayor brevedad y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica o la necesidad de que el paciente sea remitido a nuestras consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para el desarrollo de dicha actividad se intentará resolver todos los casos a la mayor brevedad posible y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica a cada caso. En caso de ser necesario que el paciente sea valorado en las consultas de dermatología, se hará la recomendación de cuando debe ser citado el paciente en las consultas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se considerara como indicador el número de pacientes valorados mediante el proyecto piloto de teledermatología al final del año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desde Mayo a Diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

En las consultas de Dermatología se cuenta con ordenador adaptado para recibir las imágenes y con personal capacitado para su utilización, Dr. Marcial Álvarez Salafranca. La Dra. Sonia de la Fuente Meira será la coordinadora del proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0775 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DIETETICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REMACHA TOMEY BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El único tratamiento para controlar la enfermedad celiaca (EC) es la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG). En algunos pacientes se produce una falta de respuesta a la misma, siendo la causa más común, una adherencia inadecuada a la DEG.

Para evaluar el adecuado cumplimiento dietario en esos casos, será necesario realizar una revisión dietética.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivar que la DEG que realiza cada paciente es la adecuada
Promover, los cambios dietéticos necesarios para su adecuada realización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión dietética: encuesta dietética semanal (incluye la ingesta de una semana completa)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización de test de detección de péptidos de gliadina en heces, y control serológico de Ac antiTGT, tras la revisión dietética.

El estándar a alcanzar es una detección de gluten negativa en heces y una disminución del título de Ac

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración anual, revisión dietética por parte de la enfermera y control analítico y de heces por parte de la médico digestivo

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE EVA CADEVILLA BIOTA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIRECCION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ALTARRIBAS BOLSA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
• CADEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EJEJA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
• IZQUIERDO JUDEZ MIGUEL JESUS. INFORMatico/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA
• BERNAL JULIAN MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• BERGUA SEVIL FERNANDO. INFORMatico/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA
• PEREZ BENDICHO PEÑA. INGENIERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ELECTROMEDICINA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los Sistemas y Tecnologías de Información y Comunicaciones (STIC) contribuyen a mejorar la calidad de vida y disminuyen desequilibrios del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos. Se desarrollan con un retraso mayor del previsto y no respaldados por evaluación posterior sobre su eficiencia o de impacto organizativo y en la salud.

La realización de un electrocardiograma (ECG) en muchos de los puntos de la red asistencial del Sector Zaragoza III, Atención Primaria (AP), UMEs y Atención Especializada, se efectúa en soporte papel archivándose en la historia no informatizada, quedando disponible los resultados de interpretación médica en la historia clínica electrónica (HCE). Comparar un ECG actual y anterior se restringe a la solicitud de la historia física de cada centro. en Servicios como Urgencias del Hospital clínico Universitario Locano Blesa (HCULB), o en los Centros de Especialidades y Centros de Atención Primaria,

Se propone el Diseño, implementación y evaluación de un sistema de tele-electrocardiografía (tele ECG) en Urgencias del HCULB y Centros de AP de Ejea, Delicias Norte y Universitas, permitiendo la visualización del ECG desde la HCE desde cualquier punto de la red hospitalaria y extrahospitalaria.

Para ello utilizaremos electrocardiogramas digitales, redes y recursos TIC disponibles, generando listados DICOM Worklist y registrando la prueba en formato DICOM WaveForm o pdf o en un formato abierto involucrando al fabricante en el desarrollo y DICOMIZACION en nuestro sistema BayDICOM. Posteriormente transferirla a la HCE para almacenarla en un servidor, lo que permitirá ser consultada por cualquier servicio en cualquier momento, consiguiendo así aumentar la accesibilidad y comodidad del personal sanitario facultativo que en muchas ocasiones deben tomar decisiones importantes en poco tiempo, con potenciales repercusiones.

Nos basaremos en estrategias realizadas en diferentes CCAA y en la experiencia sobre un proyecto similar en colaboración con el I3A-GENIT (Universidad de Zaragoza).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Favorecer la introducción de nuevas metodologías para la mejora de la calidad asistencial y coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la seguridad del paciente, y satisfacción de pacientes y usuarios. -Actuar como centros pilotos (Atención Primaria).
- En la atención urgente, posibilidad de transmisión y visualización del ECG desde el siguiente nivel asistencial al que va a ser derivado el paciente.
- Evaluar su implementación.

Centros implicados: ATENCIÓN PRIMARIA (Ejea, Delicias Norte, Universitas) y A. ESPECIALIZADA (Urgencias del HCULB). Se revisará el estado de cada ECG digital con disponibilidad de conexión alámbrica-inalámbrica para probar su validez en este proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Conseguir apoyo del CGIPC (Servicio Aragonés de Salud), departamentos de informática e ingeniería de procesos.
- Adecuación de los equipos específicos (ECG existentes), mediante tarjeta y actualización del software-visor, digitalización de señales y transmisión del ECG siguiendo protocolos seguros de codificación.
- Protocolo de Atención de Enfermería (PAE) sobre integración y transmisión de ECG (Enfermería).
- Guía de usuarios, para visualización de resultados, manteniendo la seguridad y confidencialidad de los datos (Enf-médicos-informática).
- Valorar el impacto organizativo.
- Análisis de costes, evaluación de la implantación del sistema (Investigación). -Presentar los resultados (Todos los integrantes).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Encuestas de usuarios del sistema, enfermería (registro y transmisión) y médicos que interpretan la prueba.
- Datos de tiempos asistenciales recogidos en la HCE en una muestra de pacientes atendidos con el sistema y

Proyecto: 2019_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

seleccionados mediante aleatorización.

•DE UTILIZACIÓN: Utilización del sistema; Calidad percibida (tecnología-visor); Impacto procedimiento (registro/transmisión); Inicio precoz tratamiento; Grado de satisfacción; Impacto en atención sanitaria/organización. DE SEGURIDAD: N° notificaciones de incidentes (casos centinela). DE EFICIENCIA: Coste de la integración; N° pruebas por tipo de exploración (urgente/programado/preoperatorio).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Tras la aprobación se comenzará con el contacto y estudio de los equipos de registro y soporte técnico con departamentos y responsables comerciales sobre las posibilidades de integración en la HCE. Diseño de encuestas y recogida de datos de actividad previos a la implantación de ECG digital (6 meses posteriores) y tras la integración (tiempos asistenciales en la HCE de los pacientes atendidos mediante este sistema y evaluación de indicadores).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dtos. de informática, Electromedicina, Dirección de Enfermería, coordinación de enfermería de los centros de AP y Subdirección de Gestión y Sistemas TI (HCULB).

10. OBSERVACIONES.

Se utiliza infraestructura TIC existente en el Sector, con relación calidad/coste del Proyecto aceptable. La evaluación de tecnologías y dispositivos mejora la seguridad del paciente, siendo esta una dimensión de la calidad asistencial.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enf. Cardio-circulatorias, arritmias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOCRINOLOGIA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

2. RESPONSABLE LUIS IRIGOYEN CUCALON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BLASCO LAMARCA YOLANDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· RUIZ BUISAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hipercolesterolemia familiar (HF) es el trastorno genético más frecuente asociado a cardiopatía isquémica precoz. Se debe a mutaciones autosómico-dominantes que elevan las cifras de colesterol LDL (cLDL). La prevalencia es 1/300 en España, por lo que en nuestra área sanitaria sería previsible que hubiese aproximadamente 1000 personas afectadas.
La HF cumple los requisitos de la OMS para realización de cribado sistemático. Además, han aparecido nuevos fármacos (i-PCSK9) capaces de mejorar el control y el pronóstico de los pacientes afectados con esta enfermedad. Por ello es conveniente facilitar la detección precoz y el correcto tratamiento de los pacientes con HF

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Aumentar la detección de pacientes con HF
2.- Centralizar el manejo de estos pacientes en una consulta específica
3.- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Revisión de analíticas de laboratorio de modo sistemático para identificar cifras de cLDL que sean compatibles con el diagnóstico de HF (cLDL > 250 mg/dl en adultos). El listado correspondiente será facilitado por el servicio de bioquímica.
2.- Revisión de las personas detectadas para comprobar si cumplen criterios que los hagan tributarios de análisis genético. Esta labor sería realizada por el servicio de endocrinología.
3.- En pacientes índice (con diagnóstico genético de HF confirmado) se planificará el seguimiento programado con un doble objetivo: detección precoz de enfermedad aterosclerótica y tratamiento destinado a la consecución de los objetivos de cLDL recomendados por las guías de práctica clínica.
4.- Tras la detección de un paciente índice se planificará un cribado en cascada para detectar familiares afectos. La detección y seguimiento de los sujetos con HF se realizará en una consulta monográfica con agenda semanal en el servicio de endocrinología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Implantación de la consulta monográfica
2.- Número de pacientes atendidos: objetivo > 50 pacientes en el primer año de funcionamiento. Esto será posible tras la revisión inicial de los listados suministrados por el servicio de bioquímica
3.- Porcentaje de pacientes con cLDL dentro de objetivos durante el primer año de seguimiento (estándar 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación de la agenda ENDLIP con periodicidad semanal en 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Agenda semanal atendida por un FEA del Servicio de Endocrinología.

10. OBSERVACIONES.
Se generará una base de datos con los pacientes con HF para control de calidad y para posibilitar en el futuro la investigación epidemiológica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GIMENO ORNA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
• TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La presencia de diabetes (tipos 1 y 2) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. A pesar de un control metabólico adecuado y de un tratamiento de los factores de riesgo vascular hasta alcanzar los objetivos recomendados por las guías clínicas, el riesgo cardiovascular residual de algunos pacientes con diabetes puede ser muy elevado. Es necesario por ello estratificar de la forma más precisa posible el riesgo vascular del paciente individual.

El riesgo cardiovascular más extremo se presenta en pacientes con DM y afectación de varios territorios vasculares (fenotipo vascular maligno) y en pacientes con ERC avanzada. Por ello es un grupo diana óptimo para intensificar las medidas terapéuticas.

Estrategias consolidadas para mejorar el pronóstico de los sujetos son la reducción agresiva del colesterol LDL y de la presión arterial, la consecución del mejor control posible de la HbA1c sin inducir hipoglucemias y utilizando fármacos que han demostrado beneficio cardiovascular y el empleo de antiagregantes en los pacientes de mayor riesgo inicial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la atención a los pacientes con DM y riesgo vascular extremo
- Facilitar la coordinación entre especialidades orientada a reducir el riesgo vascular residual de los pacientes con DM y riesgo vascular extremo.
- Creación de un grupo multidisciplinar compuesto por distintas especialidades involucradas en el manejo de estos pacientes.
 - Medicina Interna
 - Endocrinología
 - Cardiología
 - Neurología
 - Nefrología
- Generación de una base de datos compartida para investigación epidemiológica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se plantea la apertura de una agenda semanal (CMDMRR) atendida rotatoriamente por facultativos de los servicios de endocrinología, nefrología y medicina interna. Esto permitirá centralizar la atención a los pacientes disminuyendo el número de consultas a las que asistir, ya que estos pacientes pueden ser susceptibles de ser visitados en múltiples especialidades.

Se garantizará la existencia de un circuito fluido de derivación en caso necesario de los pacientes a las agendas propias de cada especialidad.

La selección de pacientes se realizará por los representantes del proyecto de cada uno de los servicios implicados. Cada Servicio tendrá conocimiento de la oferta asistencial de la nueva consulta y planteará potenciales candidatos al responsable de ese Servicio incluido en el proyecto. También se contempla la incorporación de pacientes enviados desde la consulta de pie diabético del hospital provincial por parte del cirujano vascular del sector III.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1.- Puesta en funcionamiento de la consulta
- 2.- Porcentaje de pacientes con realización de todas las exploraciones complementarias de cribado: estándar > 70%
- 3.- Porcentaje de pacientes con todos los FR controlados según los objetivos fijados: estándar > 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Implantación y apertura de la agenda en 2019 y mantenimiento de modo indefinido

9. RECURSOS NECESARIOS.

Las pruebas de cribado de enfermedad vascular en los territorios coronario y cerebrovascular serán realizadas de modo sistemático por los facultativos de los servicios de cardiología y neurología en huecos de sus agendas rutinarias. Estas pruebas consistirán en:

Proyecto: 2019_0162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

- ECO carotídea y DTC (servicio neurología)
- Ecocardiograma y pruebas de detección de isquemia coronaria (servicio cardiología)
- ITB y ECO femoral (servicio de MI)
- MAPA (servicio de MI, endocrinología y nefrología)

10. OBSERVACIONES.

El enfoque principal es la reducción del riesgo residual de pacientes con diabetes de riesgo extremo. Se priorizará la selección de aquellos pacientes que por su mayor esperanza de vida y mejor situación funcional puedan experimentar mayor beneficio de un tratamiento intensivo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con DM tipo 1 y más de 20 años de evolución de la DM (preferentemente con afectación microvascular)
- Pacientes con DM tipo 2 y que hayan presentado
- Síndrome coronario agudo
- Ictus isquémico no cardioembólico
- Pie diabético con un componente de afectación vascular
- ERC preferentemente con macroalbuminuria

Criterios de exclusión

- Limitación de la esperanza de vida por comorbilidades
- Edad > 65 años
- Dependencia funcional
- ERC estadio 5D no candidato a trasplante

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0445 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

2. RESPONSABLE YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· AGUDO TABUENCA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BENITO ORMEÑO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hidrocortisona es una hormona esteroidea producida por las suprarrenales, esencial para la vida. Su déficit puede ser debido a insuficiencia suprarrenal primaria (Enf Addison) o secundaria. En ambos casos es imprescindible un correcto reemplazo de forma crónica y en caso de enfermedad o situación de estrés se debería ajustar e incluso modificar la vía de administración.

Probablemente con estas pautas se podría reducir el número de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Elaborar un documento informativo para entregar a los pacientes en las consultas.
2. Transmitir la información al paciente por escrito sobre la importancia de su enfermedad y de como actuar en situaciones de emergencia, así como en situaciones de enfermedad o estrés.
3. Reducir el número de ingresos y visitas a urgencias de estos pacientes por desconocer que actuaciones y en que situaciones deben actuar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Elaborar un documento informativo consensuado por el equipo .
2. Entregar el documento a todos los pacientes afectos de insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y nutrición.
3. Educar al paciente sobre el manejo de las inyecciones de emergencia (lo realizaría el personal de enfermería) y comprobar en cada consulta que el paciente tiene el fármaco en su domicilio y sabe como utilizarlo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Elaborar el documento informativo.
2. Contabilizar el número total de pacientes con insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y asegurar que al menos el 90% de los pacientes reciban el documento en la consulta y aprendan el manejo de la inyección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Poner a disposición el documento en todas las consultas de endocrinología a partir del 1 de abril del 2019. Comenzar a entregarlo a los pacientes a partir de esa fecha y realizar la prescripción de la inyección de emergencia y enseñar el manejo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Elaboración de una carpeta compartida para todas las consultas de endocrinología para que este disponible el documento.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

2. RESPONSABLE ELENA MORTE ROMEA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CARMONA AYNAT AMALIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
• SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• JIMENEZ BARTOLOME BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La endocarditis infecciosa (EI) sigue presentando una elevada morbi-mortalidad. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, estos pacientes desarrollan una alta incidencia de complicaciones, principalmente cardiovasculares y neurológicas. La complejidad en su abordaje requiere la atención de un equipo multidisciplinar: especialidades como cardiología, infecciosas, microbiología, medicina interna, radiodiagnóstico, neurología, medicina nuclear, unidad de cuidados intensivos y cirugía cardíaca se ven comprometidas repetidamente en el proceso diagnóstico-terapéutico.

Los motivos por los cuales se requiere una estrategia colaborativa son:

1. Enfoque diagnóstico complejo: la forma de presentación es muy variada, con síntomas y signos de muy diversa índole (fiebre, descompensación de insuficiencia cardíaca, focalidad neurológica, lesiones cutáneas, bacteriemia aislada...) necesitando la visión de varias especialidades y múltiples pruebas diagnósticas (ecocardiograma, TC cerebral, PET-TC...)
2. Tratamiento: Es prioritario un tratamiento antibiótico precoz, muchas veces combinado y complejo por la comorbilidad y situación del paciente, lo que requiere expertos en enfermedades infecciosas. Además, alrededor de la mitad de los pacientes con EI son sometidos a cirugía cardíaca, siendo ésta una decisión difícil que debe ser aprobada juntamente con el equipo quirúrgico.
3. Seguimiento: Muchos pacientes presentan complicaciones durante el tratamiento en forma de insuficiencia valvular o embolismos a distancia siendo necesaria una monitorización conjunta, estrecha y dinámica.

Últimas guías recomiendan la creación de un equipo multidisciplinar para el abordaje integral de EI (endocarditis team). Estrategias similares han demostrado mejor evolución de los pacientes y disminución de la mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Estandarizar el diagnóstico precoz de EI y la estratificación de la gravedad, que posibilite inmediatez en los tiempos de realización de pruebas complementarias (ecocardiograma, TC...), inicio de tratamiento antibiótico y decisión de actitud quirúrgica.
2. Fomentar el seguimiento multidisciplinar del paciente con endocarditis durante el ingreso con disponibilidad para evaluar posibles complicaciones (insuficiencia valvular, descompensación cardíaca, embolismos cerebrales, toxicidad...) y tomar decisiones de forma dinámica (cambio de tratamiento antibiótico, necesidad de cirugía cardíaca...).
3. Evaluar la atención prestada a pacientes con EI, en comparación con registros nacionales e internacionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- o Reuniones periódicas del Equipo de Endocarditis:
- ? Programadas mensualmente y a demanda si son necesarias.
- o Registro local de casos de EI:
- ? Base de datos: variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolutivas.
- ? Seguimiento del paciente al alta del paciente (1, 3, 6 y 12 meses)
- o Definición de los criterios y circuito de derivación de pacientes al centro de referencia de Cirugía Cardíaca
- o Protocolización del uso de la microbiología molecular en el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos: filtrado de pacientes candidatos y optimización en el proceso toma - derivación de las muestras al centro de referencia.
- o Definición del papel del PET-TC en el diagnóstico y seguimiento de EI: protocolización de su uso y optimización de la preparación del paciente.
- o Presentación del grupo de trabajo en sesión clínica hospitalaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- o Incidencia de EI (comunitaria, nosocomial y relacionada con cuidados sanitarios).
- o Estancia hospitalaria.
- o Incidencia de complicaciones antes y tras iniciar tratamiento antibiótico adecuado.
- o Tasa de cirugía cardíaca.

Proyecto: 2019_0343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

- o Mortalidad hospitalaria y a los 12 meses tras alta. Reingresos a los 6 meses del alta.
 - o Indicadores de calidad:
 - ? Solicitud de hemocultivos seriados.
 - ? Tiempo de inicio de tratamiento antibiótico adecuado.
 - ? Tiempo en realización de ecocardiograma.
 - ? Tiempo en realización de pruebas complementarias consideradas como necesarias por el equipo.
 - ? Tiempo en derivación/aceptación del paciente a cirugía cardiaca en función de la prioridad del paciente (cirugía urgente, emergente o electiva).
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- o Febrero 2019: contactar con especialistas responsables del proyecto de cada servicio.
 - o Marzo 2019:
 - ? Creación de base de datos para el registro de EI.
 - ? Desarrollo del protocolo de uso de la microbiología molecular para el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos (Enfermedades Infecciosas y Microbiología)
 - ? Desarrollo del protocolo de uso del PET-TC (Medicina Nuclear).
 - o Abril 2019 - enero 2020:
 - ? Reuniones periódicas.
 - ? Registro de los casos.
 - o Febrero 2020:
 - ? Evaluación de los datos obtenidos.
 - ? Comparación con registros nacionales.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- o No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria.
10. OBSERVACIONES.
- o El Equipo de Endocarditis nace de una necesidad básica de atención a estos pacientes, por lo que se mantendrá su continuidad tras la finalización del proyecto.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO (NID)

2. RESPONSABLE JOSE RAMON PAÑO PARDO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RIDRUEJO SAEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• OLAVE RUBIO MAITE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
• RAMON Y CAJAL CALVO JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• BELLO FRANCO CARLOTA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• SIERRA MONZON JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La neumonía en el paciente inmunodeprimido (NID) supone un reto diagnóstico desde una doble perspectiva: a) el diagnóstico sintromático de neumonía (diagnóstico diferencial con patología pulmonar secundaria a las enfermedades de base de estos pacientes o a su tratamiento y b) diagnóstico etiológico.

La NID puede estar causada, además de por los patógenos habituales por un amplio número de microorganismos, globalmente denominados oportunistas. La infección por estos microorganismos requiere de la aplicación de tratamientos específicos, en ocasiones con elevado perfil de toxicidad.

El tratamiento de los pacientes con NID es complejo y condiciona el pronóstico de estos enfermos. Para poder tratar adecuadamente a estos pacientes es necesario identificar precozmente la causa de la infección para lo que es necesario un abordaje diagnóstico que incluye la realización de pruebas radiológicas y microbiológicas para las que en ocasión es necesario realizar procedimientos invasivos, lo que requiere la participación de varios servicios. Todo lo anterior hace necesario estandarizar el manejo, tanto diagnóstico como terapéutico del paciente, así como implementar los estándares acordados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Consensuar el abordaje diagnóstico y terapéutico de la NID
2. Definir los indicadores a utilizar para medir la calidad de la asistencia a los pacientes con NID
3. Poner en marcha de un circuito de atención a pacientes con NID con el objetivo de mejorar la asistencia prestada a estos pacientes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.
4. Evaluar el funcionamiento del circuito asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión de la literatura y formulación de una propuesta de abordaje diagnóstico y terapéutico de la NID
2. Diseño y puesta en marcha del circuito asistencial (pacientes / muestras) para el diagnóstico de la NID, que incluya unos compromisos con los plazos de respuesta
3. Difusión de la actividad: sesiones clínicas y reuniones multidisciplinares periódicas de evaluación del circuito asistencial
4. Registro de la actividad asistencial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Informe con los estándares de calidad para el manejo de la NID (Sí/No)
- Informe con el diseño del circuito asistencial para el manejo de la NID (Sí/No)
- Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/5)
- Informe con la aplicación del circuito asistencial en la práctica clínica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Informe con los estándares de calidad para el manejo de la NID (Sí/No)
- Informe con el diseño del circuito asistencial para el manejo de la NID (Sí/No)
- Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/5)
- Informe con la aplicación del circuito asistencial en la práctica clínica

9. RECURSOS NECESARIOS.

- No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA EN EL PACIENTE
INMUNODEPRIMIDO (NID)**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LACOMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS SIERRA MONZON
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MORALES MORALES JOSE MARÍA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• BERNUES BERGUA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• LUQUE GOMEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• VICENTE DE VERA CARMINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• SUÑER GARCIA SARA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• VALDRES CARROQUINO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La NAC es una de las principales causas de infección que requieren ingreso hospitalario en el que se ven implicados diversos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Enfermedades Infecciosas, UCI). El diagnóstico y la instauración de un tratamiento eficaz precoces inciden de manera importante en la morbimortalidad de este cuadro.

El propósito del presente proyecto es evaluar el grado de adherencia a la guía disponible, la adecuación de las recomendaciones a las nuevas guías de práctica clínica y a la realidad microbiológica de nuestro medio así como consensuar con los diferentes servicios implicados en la atención de la NAC de los estándares de calidad a implementar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Consensuar los estándares de calidad en el manejo de las NAC en función de las guías de práctica clínica vigentes.
2. Evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad en una muestra de pacientes con NAC atendidos en el HCUZ en 2018
3. Identificar las principales oportunidades de mejora y las principales barreras existentes para lograr la mejora de la calidad asistencial
4. Diseñar una intervención multimodal dirigida a contrarrestar las barreras identificadas
5. Implementar la intervención de mejora en los servicios implicados
6. Evaluar el impacto de la intervención de mejora

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión de literatura y selección consensuada por todos los servicios implicados de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC
2. Diseño de la hoja de recogida de datos (CDR) y revisión de historias clínicas
3. Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras
4. Diseño de la intervención de mejora
5. Presentación de los resultados de la actividad y de la intervención de mejora en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas)
6. Implementación de la intervención de mejora en los servicios implicados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Informe con los estándares de calidad diagnóstico-terapéuticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)
- Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)

Proyecto: 2019_1316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LACOMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019

- Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma
- Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)
- Evaluación del impacto de la implementación de la actividad de mejora mediante informe con los resultados de verificación de los estándares de calidad tras la intervención de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019: Revisión de la literatura y selección y consenso de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC
- Abril 2019: Diseño del CRD y revisión de historias clínicas
- Mayo-junio 2019: Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras
- Julio-agosto 2019: Diseño de la intervención de mejora
- Septiembre 2019: Presentación de los resultados de la actividad en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas) e
- Octubre-Diciembre 2019: Implementación de la intervención
- Finales diciembre 2019: Evaluación del impacto de la intervención.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- No se prevé la necesidad de recursos extraordinarios a la actividad ordinaria.
- De manera extraordinaria se podría plantear la necesidad de recursos de reprografía: impresión de carteles y material de bolsillo con las principales recomendaciones de manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1456 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON. (II)

2. RESPONSABLE ISABEL SANJOAQUIN CONDE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• CRUSELLS CANALES MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
• GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad de Chagas es endémica en 21 países de América Latina sin embargo en el último siglo, los movimientos migratorios y la tendencia creciente a viajar a países tropicales ha permitido su presencia en otros continentes como Europa.

Se estima que hay 8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la mayor parte residentes en América Latina. Más de 10.000 individuos mueren cada año a causa de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y más de 25 millones de personas corren el riesgo de infectarse.

La enfermedad de Chagas es clínicamente curable si el tratamiento se inicia en una etapa temprana, por lo tanto es esencial el acceso universal a un diagnóstico y a un tratamiento rápidos. Los test serológicos son las medidas de control más importantes

Según un informe del Instituto de Salud Global (ISGlobal) España está situada a la cabeza de la lucha contra la enfermedad de Chagas con estrategias que incluyen sensibilización pública, clínica, investigación y cooperación. Las campañas de sensibilización y educación sanitaria, han facilitado el acceso y la atención médica de la población con antecedentes epidemiológicos.

Según los datos publicados en el censo, Aragón tiene una población de 1.308.750 habitantes, 133.237 personas (10%) son inmigrantes, y de ellos 23.846 individuos proceden de América Latina. En Zaragoza residen 19.698 latinoamericanos, 322 vinieron de Bolivia, 1217 de Brasil, 664 de Argentina, 992 de Honduras, 232 de Paraguay, 362 de El Salvador, 317 de Chile, 2987 de Colombia, 3597 de Ecuador y 757 de Venezuela. Por datos de prevalencia en sus países de origen, en Zaragoza podrían padecer la enfermedad unas 300 personas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con la colaboración de ISGlobal elaboramos un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedad de Chagas en nuestra ciudad. Comenzamos focalizando la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica.

El objetivo de este año, es ampliar el diagnóstico a las personas procedentes de cualquier país de América Latina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difundir en el Sector Sanitario III la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Este año se incorporará un teléfono móvil para facilitar la derivación a la consulta, por parte de los Médicos de Atención Primaria y de los propios pacientes.

Contamos con el apoyo de ISGlobal y la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que informará a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta. La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ofrece su colaboración para realizar carteles sensibilizadores y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Volumen de pacientes derivados /mes.

- Procedencia de la derivación.

- Número de diagnósticos positivos (con test de confirmación).

- Número de pacientes que empiezan tratamiento.

- Recogida y análisis de posibles efectos adversos del tratamiento

- Pacientes con complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas detectadas

Proyecto: 2019_1456 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON. (II)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se continuara durante todo el año 2019, la Consulta iniciada en el 2018, con las ampliaciones ya comentadas en cuanto a país de origen.

Analisis de resultados Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
no se precisan recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DOSIFICACION DE VANCOMICINA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ISABEL PUERTOLAS TENA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ MANCENIDO FELIPE JOSE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· MORTE ROMEA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La vancomicina es un antibiótico glicopéptido con acción bactericida que posee actividad preferente sobre bacterias gram positivas, como Staphylococcus Aureus, enterococos o streptococos. Frecuentemente es utilizado en pacientes en hemodiálisis (HD) para el tratamiento de infecciones relacionadas con el acceso vascular. Antiguamente, el uso de hemodiálisis convencional con filtros de baja eficacia no permitía la eliminación de este antibiótico, y su vida de eliminación en pacientes con insuficiencia renal avanzada podía alcanzar las 150-250 horas cuando lo habitual en pacientes funcionales es de 6-8h. Actualmente, el uso de membranas de HD de alta permeabilidad (~ 90 % de los pacientes en programa de HD en nuestro medio son tratados con este tipo de dializadores) y de técnicas convectivas como la hemodiafiltración on-line, sí que proporcionan su eliminación en mayor o menor medida. Por este motivo, y tal y como indican las guías de dosificación de vancomicina, es recomendable conocer las concentraciones plasmáticas del fármaco en estos pacientes para optimizar su posología, asegurando que se alcanzan niveles séricos terapéuticos, entre 10-20 µg/ml, evitando valores por encima de 25 µg/ml para prevenir su toxicidad. La finalidad de nuestro proyecto se centra por tanto en abordar la monitorización farmacocinética de vancomicina en este grupo especial de pacientes, realizando un protocolo conjunto de actuación entre la Unidad de Farmacocinética Clínica (UFC) del Servicio de Farmacia, la Unidad de hemodiálisis del Servicio de Nefrología y el equipo PROA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- o Instaurar una metodología de trabajo entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Nefrología para la monitorización farmacocinética de niveles plasmáticos de vancomicina en pacientes en hemodiálisis intermitente.
- o Promover el uso seguro y eficaz de vancomicina en este grupo especial de pacientes.
- o Formar un equipo multidisciplinar entre los diferentes profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades a desarrollar serán las siguientes:

- Revisión bibliográfica sobre la dosificación y monitorización de vancomicina en pacientes en diálisis intermitente.
- Evaluación de los esquemas de dosificación utilizados actualmente por la Unidad de hemodiálisis.
- Diseño de un protocolo que incluya:
 - o Tipos de dializadores utilizados en el hospital.
 - o Dosificación inicial.
 - o Proceso de monitorización de niveles plasmáticos
 - o Algoritmo de decisión para ajuste posológico.
- Puesta en marcha de un circuito de trabajo para la identificación, monitorización y consejo terapéutico de ajuste de dosis de vancomicina en pacientes en hemodiálisis.
- Difusión del proyecto en el Servicio de Nefrología.
- Reuniones de grupo
- Evaluación del impacto de la actividad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración de protocolo (SI/NO). (Documento colgado en intranet)
- % pacientes en HD con monitorización farmacocinética = (Número de pacientes en hemodiálisis en los que se solicitan niveles / Número de pacientes que reciben vancomicina en hemodiálisis) x 100. (
- % Aceptación de recomendaciones de ajuste posológico = (nº total de recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFC) x 100. (Fuente de datos: HPDoctor)
- Nº de monitorizaciones al mes (fuente de datos: Modulab/HPDoctor).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio: Marzo 2019
- Marzo 2019. Evaluación de situación actual y búsqueda bibliográfica
- Abril - Mayo 2019. Elaboración de protocolo, revisión y difusión entre facultativos.
- Junio 2019. Inicio de actividad

Proyecto: 2019_0614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DOSIFICACION DE VANCOMICINA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS

Mensualmente. Evaluación de actividad a través de indicadores.
Fin: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
NA

10. OBSERVACIONES.
Na

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0807 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
- GRACIA PIQUER RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
- SALVADOR GOMEZ TRANSITO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
- SERAL GARCIA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
- MARTINEZ RESINO JUAN JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
- DIAZ MELE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En 2018 se forma un grupo asesor de expertos para la Comisión de Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios de Atención Especializada de Aragón (CEMAE) en el campo de los antimicrobianos, regulado por el artículo 11, punto 6 de la ORDEN SAN/1112/2017 del 20 de julio. Este grupo de expertos forma parte del programa IRASPROA y cuenta con la participación de microbiólogos, farmacéuticos y expertos en enfermedades infecciosas.

Entre los objetivos de este grupo están realizar la evaluación y posicionamiento de los antimicrobianos (AM) teniendo en cuenta los aspectos clásicos de: eficacia, seguridad, conveniencia y coste, pero a diferencia del resto de fármacos, también se tendrán en cuenta aspectos de epidemiología de la resistencia a los antibióticos, que pueden variar entre centros.

Hasta la fecha se han evaluado los siguientes AM: ceftarolina, ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, dalbavancina e isavuconazol. Todos ellos se han incluido en la guía farmacoterapéutica de los hospitales de Aragón, pero con condiciones restringidas de uso que cada centro deberá adaptar a su ecología particular.

La restricción de uso va encaminada a proteger el valor estratégico de estos AM evitando un uso indiscriminado que pueda generar resistencias y de esta forma agotar las opciones de tratamiento en infecciones complicadas con microorganismos multirresistentes que tengan limitadas las opciones terapéuticas.

La prescripción de estos AM de alto valor estratégico se hace a través de unos impresos específicos donde figuran los datos administrativos y clínicos del paciente, de la infección y de la evolución. Además, el facultativo firma una hoja de compromiso para la optimización del uso del AM protegido y también de información de evolución del paciente.

Debido a las múltiples combinaciones posibles de resistencia a los antibióticos y foco infeccioso, puede ocurrir que un antibiótico sea la mejor opción posible para una indicación para la que no está aprobado, suponiendo el retraso en su administración un factor pronóstico negativo. En estos casos está habilitada la vía de solicitud en indicaciones diferentes a las autorizadas y que el centro gestiona a través de la Subcomisión de Fuera de Indicación dependiente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Según establece el RD 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

La monitorización y control de uso de los AM es una actividad de importancia para saber el uso que se está realizando de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del presente proyecto es monitorizar la utilización de los AM de alto valor estratégico. La población diana serán los pacientes hospitalizados candidatos al tratamiento con estos AM, que bien por fracaso del tratamiento previo o por el perfil de eficacia más favorable que las anteriores alternativas o toxicidad-interacciones, sean susceptibles de la utilización de éstos, previa comprobación por el servicio de microbiología de su sensibilidad.

Se suele tratar de pacientes hospitalizados en la UCI y de pacientes ingresados en las plantas de hospitalización con infecciones de difícil manejo en las que suele colaborar el Servicio de Infecciosas bien por interconsulta, bien porque detecten que son pacientes candidatos en la revisión de tratamientos diario de bacteriemias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una reunión dentro del Servicio de Farmacia con los integrantes del equipo para informar de las condiciones de dispensación y registro de los antibióticos de alto valor estratégico conforme a las resoluciones que emite el grupo asesor CEMAE.

Se realizará una base de datos de registro de los tratamientos AM en donde constarán los campos que contempla la prescripción y el uso en indicación o diferente. Datos administrativos del paciente, clínicos (comorbilidades y datos de la infección), duración del tratamiento y de evolución.

Se realizará una reunión coordinación-personal administrativo de farmacia para diseñar el envío de solicitud de seguimiento de los tratamientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disponibilidad de los informes CEMAE-IRASPROA e impreso de prescripción en la intranet del hospital (SI/NO)

Elaboración de la base de datos de registro de los AM de alto valor estratégico (SI/NO).

Elaboración de un informe anual de los AM de alto valor estratégico prescritos. (SI/NO).

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0807 (Acuerdos de Gestión)**

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

% de respuesta en los informes de seguimiento = $\frac{\text{informes de seguimiento respondidos}}{\text{informes de seguimiento solicitados}} \times 100$. Estándar 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

En marzo se realizará una reunión interna de los farmacéuticos explicando el proyecto, se revisará que en la intranet estén colgados todos los impresos de prescripción y condiciones de dispensación y se cerrará el circuito de seguimiento con el personal administrativo.
En abril se comenzará la recogida de datos correspondientes a las prescripciones de AM de alto valor estratégico y en diciembre se realizará el informe anual de se finalizará el proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No será necesario ningún recurso extra de los que se disponen

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0837 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H.CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEJA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• GRACIA PIQUER RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• CASTELLANOS SASTRE JORGE. TEAF. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• LONGAS GASPAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este proyecto es continuación del proyecto del año 2018. El año pasado se revisó qué tipo de pacientes se podían incluir en este circuito del área de influencia de Ejeja de los Caballeros. Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción- dispensación -distribución y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión / exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del Centro Sanitario Cinco Villas de Ejeja), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones. Se mantuvieron reuniones con la Dirección de los centros implicados (HCULB y Centro Sanitario Cinco Villas) para aprobación de propuesta. La empresa contratada actualmente por el Sector Sanitario Zaragoza III o Servicio Aragonés de Salud, no cumplía los requisitos de transporte para esta nueva actividad. Se diseñó el proyecto, y la implementación y puesta en funcionamiento se realizará en el presente año 2019.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es el envío de medicación y teleconsulta farmacéutica a pacientes seleccionados del entorno de Ejeja en el periodo que discorra entre las consultas médicas.

Los pacientes a los que va dirigido serán aquellos adherentes y con tratamiento estable.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Inclusión de pacientes en el proyecto, con su acuerdo para dispensación programada mensual al Centro Sanitario de Ejeja.

Una semana antes del envío, el farmacéutico se pondrá en contacto con el paciente para realizar la teleconsulta y proceder al envío.

Se programarán los envíos una vez al mes, que se entregan el mismo día que se dispensen desde HCULB, los dos días siguientes a la entrega de medicación al Centro Sanitario de Ejeja el paciente (o persona autorizada) procederá a su recogida

Toda la actividad de programación de pacientes, aviso semana anterior, confirmación de envío (medicamentos, unidades, lote y caducidad), trazabilidad del transporte, entrega en Centro Sanitario de Ejeja y dispensación a paciente, se llevará a cabo con software de Alcura.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% errores de envío (transporte y/o programación) <20%

% pacientes no responden a teleconsulta y no se programa envío <20%

% pacientes (o persona autorizada) no recogen la medicación en los días acordados <20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inclusión primeros pacientes: abril-junio 2019

Programación primeros envíos: mayo- octubre 2019

Primeros resultados: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Software de comunicación entre todos los agentes implicados, para llevar una trazabilidad de los pedidos y pacientes incluidos en el proyecto.

Transporte que garantice la adecuada conservación de los medicamentos con trazabilidad de los mismos desde la recogida hasta su entrega en el mismo día.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0837 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H.CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa AL C.SANITARIO EJEa MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tratamientos crónicos estables
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0981 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

2. RESPONSABLE MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FORMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTARRIBAS BOLSA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· CADEVILLA BIOTA EVA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INVESTIGACION
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASCAN HERREROS PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· SAEZ DE GUINOVA SENTRE MYRIAM. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CUIDADOS
· REBOLLO PINA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CUIDADOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con casi un 10% más de profesores asociados con respecto al año pasado (37) de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, hemos identificado puntos fuertes y aspectos de mejora que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las prácticas formativas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

.Mejorar la coordinación entre las universidades y el hospital clínico universitario durante las prácticas formativas universitarias de enfermería.
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el seguimiento de la evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.
.Disminuir la incidencia de los accidentes biológicos y efectos adversos relacionados con la medicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Explicitar con las universidades las competencias que debe asumir un profesor asociado desde su nombramiento.
2. Identificar los profesores asociados que van a jubilarse con el fin de anticiparse a los posibles cambios que pueden generarse en la tutorización de las prácticas.
3. Evaluación y seguimiento del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades.
4. Evaluación y seguimiento del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
5. Cumplimentación del registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
6. Disminuir los accidentes biológicos de los alumnos universitarios mediante formación en las acogidas institucionales.
7. Identificar los efectos adversos relacionados con la medicación y aplicar medidas de mejora mediante la formación en recomendaciones establecidas mediante metodología amfe (análisis modal de fallos y efectos) en las acogidas.
8. Aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
9. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.
10. Difusión de los resultados a los profesores asociados, universidades y direcciones del centro mediante informe de evaluación anual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

I. ACOGIDA:
-% de jubilaciones de profesores asociados contempladas y comunicadas a la universidad antes del inicio de las prácticas de los alumnos. Estándar: 100%.
-Definición de las competencias que debe adquirir el profesor asociado. Estándar: Existencia de informe.
-% de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%.
-nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2.
-% de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad. Estándar: 100%.
-% de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%.
-% de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 100%.
-% de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre prevención de los accidentes biológicos. Estándar: 100%.

I. PRÁCTICAS
-% de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores

Proyecto: 2019_0981 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

asociados.

-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.

-Nº efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.

-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de Incidencias

I.EVALUACION

-% de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%.

-% de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%.

-% de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%.

-% de grado de satisfacción global. Estándar: 85%.

-Elaboración de informe de evaluación de los resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La evaluación sistemática se realiza al final de cada módulo académico tanto a los alumnos universitarios como a los profesores asociados.

Inicio y Fin: 2018-2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Formularios digitales.

10. OBSERVACIONES.

Se proyecta seguimiento a dos años.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FORMACION_PRACTICAS FORMATIVAS UNIVERSITARIAS

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GAMMAPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO: CRITERIOS DE DERIVACION A ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE LUIS PALOMERA BERNAL
• Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• DOURDIL SAHUN VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• RUBIO ESCUIN REBECA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• BONAFONTE ARRUGA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• PASTOR GRACIA MARIA SOLEDAD. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• MARTINEZ VICENTE MARIA ANTONIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• RUBIO LOPEZ ANA MARIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Gammapatía Monoclonal de significado incierto (GMSI) es una discrasia de células plasmáticas premaligna, que se caracteriza por la producción de un componente monoclonal (CM) sérico <3 g/dl y $<10\%$ de células plasmáticas clonales en médula ósea. El factor de riesgo más importante para desarrollar GMSI es la edad. La GMSI está presente hasta en el 3% de la población de > 50 años. Una GMSI se considera requisito precursor de Mieloma Múltiple (MM), Macroglobulinemia de Waldenström (MW), Amiloidosis (AL). El riesgo de transformación maligna es de 1% anual. Factores predictivos de progresión: (criterios PETHEMA), inmunofenotipo y ploidia del ADN de las células plasmáticas medulares. Otro modelo es el de la Clínica Mayo, que se basa en valorar el isotipo de la inmunoglobulina, cuantía del CM y ratio de cadenas ligeras ?/?.

Con la realización de estudios analíticos en la población general está produciéndose un aumento de la detección de GMSI, tanto en consultas de Atención Primaria (AP) como de Especializada, ocasionando un aumento de las consultas externas de Hematología. Con motivo de la implantación de una consulta virtual de Alta Resolución en Hematología (CHAR) en Febrero de 2011, analizamos el número de pacientes enviados durante 4 años (2011-2015), siendo 5816. De estos 435 habían sido enviados por GMSI, siendo la mayoría (77,5%) detectados con motivo de una analítica de rutina y la mayoría (70,6%) enviados desde AP. Una vez analizadas todas las variables se comprobó que la mayoría (70%) eran de bajo riesgo (isotipo IgG con baja cuantía de CM, (< 1500 mg/dl) y ratio de cadenas ligeras libres kappa - lambda normales e IgM <1500 mg/dl), por lo que su riesgo de transformación maligna es mínima (2% de progresión en 20 años) y podrían controlarse en AP.

Pertinencia del proyecto: Evitar consultas en Atención especializada de patologías que se pueden realizar en Atención Primaria, bajo la tutela del especialista en Hematología

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Como el propósito del seguimiento de las GMSI es la detección de progresión a MM, MW o AL, se deben realizar estudios iniciales completos (analítica general, proteínas totales, albúmina, proteinograma de sangre y orina, cuantía de inmunoglobulinas y del CM, inmunofijación y ratio de cadenas ligeras kappa -lambda libres). Con todo ello precisamos el tipo de GMSI y el riesgo de transformación a una enfermedad maligna. Una vez detectado el tipo de GMSI y su riesgo de transformación, podremos valorar sean seguidos en AP.

Establecer unos criterios de valoración de las GMSI para que puedan ser valorados desde AP y derivarse a consulta de Hematología en determinadas circunstancias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Criterios de GMSI bajo riesgo susceptibles de ser controladas en AP:

- Isotipo IgG e IgM
- Cuantía del CM en ambos casos < 1500 mg/dl
- Ratio de cadenas ligeras libres kappa/lambda normal (0,26-1,65)
- Normalidad del hemograma y de la bioquímica básica sobretodo función renal y calcio

Ausencia de clínica relacionada con GMSI

Criterios de derivación a consulta de Hematología de las GMSI de bajo riesgo controladas en AP:

- Aumento del CM ($>25\%$) con CM >2000 mg/dl
- Anemia (< 10 g/dl o disminución d 2 g/dl desde su nivel habitual)
- Leucopenia/trombocitopenia no explicadas
- Insuficiencia renal (Creatinina > 2 g/dl)
- Hipercalcemia ($> 11,5$ mg/dl o 1 mg/dl por encima valor normal)
- Clínica de dolores óseos no explicables ó evidencia de lesiones líticas u osteoporosis previamente no existente y no explicable a otra causa
- Aparición de lesiones sugerentes de plasmocitomas
- Signos de compresión medular
- Infecciones bacterianas de repetición
- Clínica sospechosa de AL (debilidad extrema, neuropatía, hipotensión)

En una primera fase todos los pacientes serán valorados por Hematología, estableciendo los criterios de derivación y seguimiento a AP. Una vez que AP esté formada podrían analizar el riesgo de transformación de las nuevas GMSI, derivando a consulta de Hematología sólo las GMSI de riesgo intermedio/alto.

Proyecto: 2019_0202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GAMMAPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO: CRITERIOS DE DERIVACION A ATENCION PRIMARIA

Actividades y oferta

Se establecerán una serie de reuniones formativas con AP sobre los siguientes términos:

- Definición de GMSI y enfermedades asociadas
- Criterios de bajo riesgo de GMSI
- Pruebas analíticas necesarias para su correcto diagnóstico y seguimiento
- Criterios de derivación de AP a Atención especializada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores y evaluación

- Número de GMSI estudiadas en Hematología y procedencia
- Porcentaje de bajo riesgo
- GMSI de bajo riesgo estudiadas en Hematología y derivadas a AP (> 50%)
- GMSI de bajo riesgo controladas en AP (> 50%)
- GMSI de bajo riesgo controladas en AP y derivadas a AE (< 20%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizará el programa formativo en el segundo semestre de 2019, comenzando la actividad en los centros urbanos.

Después los rurales

- La duración será continua

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Reunión con la dirección de AP del sector III para el inicio del programa
- Un FEA de Hematología será el encargado de la formación
- Dispondrá de tiempo y medios para su desplazamiento a los distintos centros de salud

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2019_0223 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOBON REBOLLO MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- TORRES RAMON IRENE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
- PIMENTEL FELICIANO ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El paciente oncológico que requiere tratamiento anticoagulante es un paciente complejo con alto riesgo trombótico y alto riesgo hemorrágico. A su situación oncológica (enfermedad compleja), se añade el tratamiento de la misma (quimioterapia y/o radioterapia y/o cirugía) así como su situación anticoagulante por sus antecedentes personales como por la aparición del evento trombótico tan relacionada con su enfermedad oncológica. Esta situación altamente compleja y difícil en ocasiones de llevar a cabo hace que este tipo de paciente tenga que ser valorado de forma multidisciplinar para optar por la mejor terapia anticoagulante y/o antitrombótica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Valoración del paciente oncológico que requiera tratamiento anticoagulante
2. Valoración de la indicación del tratamiento anticoagulante
3. Valoración de profilaxis ambulatoria del paciente oncológico
4. Valoración del tiempo y duración del tratamiento anticoagulante

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Derivar desde el Servicio de Oncología a los paciente oncológicos que requieran tratamiento anticoagulante para su valoración y optimización del tratamiento en relación a su patología de base

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Número de pacientes derivados desde el servicio de oncología para valoración tratamiento anticoagulante
2. Numero de pacientes que se han cambiado de AVK a ACOD
3. Número de pacientes que se han cambiado de AVK a HBPM
4. Número de pacientes que no se ha realizado cambio de AVK
5. Número de pacientes que se ha realizado intervención sobre el tratamiento antiagregante
6. Seguridad del tratamiento antitrombótico prescrito (hemorragias)
7. Eficacia del tratamiento antitrombótico prescrito (ictus, embolia sistémica, ETEV)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019-Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tratamientos antitrombóticos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE HEMOPATIAS QUE PRECISEN BIOPSIA HISTOLOGICA

2. RESPONSABLE REBECA RUBIO ESCUIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOURDIL SAHUN VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- BONAFONTE ARRUGA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- AMARILLAS LANZAS IRENE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Creemos necesario agilizar y facilitar el diagnóstico de aquellas hemopatías que precisen la realización de una biopsia quirúrgica. Parece, por tanto, imprescindible coordinar bien las derivaciones a las diferentes áreas quirúrgicas para que el procedimiento se lleve a cabo con la menor premura posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del Servicio de Hematología es disponer del diagnóstico de la hemopatía en un periodo no superior a 15 días, para ello se elaborará un circuito hospitalario de diagnóstico rápido en el que están implicadas varias especialidades: otorrinolaringología, cirugía general, cirugía torácica, neumología, radiología intervencionista, anestesia, radiodiagnóstico, anatomía patológica y hematología. El proyecto implica un gran esfuerzo de coordinación de todos los servicios implicados y el compromiso de realizar un trabajo ágil en beneficio directo del paciente afecto de patología oncohematológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Valoración hematológica y solicitud de pruebas complementarias analíticas, radiológicas y/o valoración por otro especialista pertinente.
- Valoración por Servicio de otorrinolaringología.
- Valoración por Servicio de cirugía general.
- Valoración por Servicio de cirugía torácica.
- Valoración por Servicio de neumología.
- Valoración por Servicio de radiología intervencionista.
- Valoración por Servicio de anestesia.
- Valoración por Servicio de radiodiagnóstico.
- Valoración por Servicio de anatomía patológica.
- Valoración por Servicio de hematología, unidad de diagnóstico.

Es preciso determinar con cada especialidad qué tiempos de respuesta disponen para valorar al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tiempo necesario para completar el diagnóstico.
- Motivos de demora.
- Posibilidades de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración continua.

La intención de iniciar el proyecto dependerá de la disponibilidad de los servicios implicados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Gestión de las agendas de los servicios implicados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0360 (Acuerdos de Gestión)

EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

2. RESPONSABLE MANUELA DOBON REBOLLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una herramienta potencial y de eficacia comprobada para mejorar el manejo de la anticoagulación en pacientes anticoagulados a largo plazo con fármacos antivitaminas K (AVK) es la posibilidad de autocontrol mediante el uso de un coagulómetro portátil en domicilio por parte de pacientes o sus familiares. La Sección de Coagulación del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HCU Lozano Blesa en colaboración con el Grupo de Trabajo en Autocontrol del Salud comenzó a impartir formación en Autocontrol en Junio-2016 siguiendo los criterios consensuados por dicho grupo de trabajo. Pretendemos analizar los resultados obtenidos y establecer el protocolo de seguimiento de dichos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar los resultados del Programa de Autocontrol desde su inicio hasta diciembre 2019:

- Valorar en las solicitudes recibidas si el paciente cumple criterios de inclusión en Programa de Autocontrol
- Valorar la posibilidad de cambio del tratamiento anticoagulante con AVK a anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en pacientes en los que estos últimos estén indicados.
- Incluir en el Programa de Autocontrol a todo paciente del Sector III que requiera anticoagulación a largo plazo con AVK y cumpla los criterios establecidos por el Grupo de Trabajo de Autocontrol del Salud.
- Realizar seguimiento periódico del cumplimiento terapéutico en Consulta de Enfermería de la Unidad de Hemostasia de HCU y/o hematólogo.
- Valorar nº de episodios tromboticos y hemorrágicos en los pacientes en Programa de Autocontrol.
- Valorar nº incidencias en el aprendizaje punción capilar/manejo de dosis
- Valorar el grado de satisfacción personal/familiar
- Valorar la posibilidad de seguimiento ambulatorio del paciente estable

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Remitir desde el Médico de Atención Primaria/FEA del Sector III la solicitud de inclusión en Programa de Autocontrol del paciente en tratamiento anticoagulante con AVK a largo plazo
- Incluir en Programa de Autocontrol a los pacientes seleccionados, realizando Curso de Formación 1-2 veces/mes a cargo del FEA Hematología y Hemoterapia y de personal de Enfermería de la Sección de Hemostasia.
- Realizar seguimiento periódico del paciente en Consulta de Enfermería de Atención Especializada/Atención Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral con AVK incluidos en Programa de Autocontrol
- Número de pacientes incluidos portadores de prótesis valvular mecánica y tromboembolismo venoso en tratamiento anticoagulante a largo plazo
- Número de pacientes no candidatos a ser incluidos en Programa de Autocontrol y susceptibles de cambiar su tratamiento anticoagulante a ACODS
- Número de complicaciones tromboticas y hemorrágicas en pacientes incluidos.
- Número de pacientes estables derivables para su seguimiento a Atención Primaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-2019-Diciembre-2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en tratamiento crónico con AVK
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0360 (Acuerdos de Gestión)

EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1337 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MORENO CHULLILLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VICENTE LOPEZ MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• BONAFONTE ARRUGA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• LANAU ARILLA MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
• SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• VALLE GUILLEN SOFIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proceso de transfusión clínica es La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

Una cadena de acontecimientos integrados que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Su objetivo es conseguir un uso adecuado de la sangre: el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada.

Seguro: sin reacciones adversas ni infecciones.

Clínicamente eficaz: beneficia al paciente.

Eficiente: sin transfusiones innecesarias, la transfusión se realiza cuando el paciente la necesita.

El proceso transfusional implica a una cadena de profesionales que comienza con la indicación de la transfusión, continúa con la comunicación al paciente y la obtención del consentimiento informado, la realización de las pruebas cruzadas (transporte de muestras y de las unidades preparadas) y la administración en la unidad clínica correspondiente, así como la valoración de la eficacia y de los posibles efectos adversos.

Aún tratándose una terapia utilizada frecuentemente no está exenta de riesgos, así que la adecuada indicación y la correcta gestión en cada una de las fases permitirá minimizar los riesgos inherentes a la terapia transfusional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Fomentar mejoras en la calidad del proceso de transfusión clínica, que se define del modo siguiente: La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

- Reducir el número de hemocomponentes desechados a < 2%.
- Reducir la desviación de los resultados obtenidos en el control de calidad externo con el fin de mejorar la precisión de los parámetros procesados y alcanzar más del 98% de corrección.
- Incrementar a más del 50% de escrutinios para reducir el número de hemocomponentes con prueba cruzada mayor para reducir stocks de hemocomponentes reservados.
- Mejorar la cumplimentación de la solicitud de hemocomponentes para alcanzar una corrección de solicitud transfusional a > 90%.
- Alcanzar la media nacional de notificaciones de incidentes transfusionales (34/10000 transfusiones) realizando formación en hemovigilancia durante el próximo periodo.
- Optimizar el uso de plasma y conseguir un índice de transfusión de plasma superior al 91% para no tener acumulación de hemoderivado y minimizar caducidades.
- Minimizar el número de concentrados de hematíes caducados a menos del 2%.

Para la consecución de los objetivos se trabajará en todas las transfusiones, implicando a servicios médicos y quirúrgicos en las diferentes partes del proceso que les afecten, siendo el Servicio de Transfusiones y la Comisión de Transfusiones los responsables del impulso de las acciones previstas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Llevar a cabo las actividades conducentes a la Certificación CAT del Servicio de Transfusiones del Hospital.
 - Corregir las desviaciones detectadas en la Auditoría Interna.
 - Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones.
 - Solicitar la Auditoría Externa por CAT para la consecución de la Certificación.
 - Medir los indicadores con la periodicidad acordada y valorar su adecuación, o implantar medidas correctoras.

- 2.- Realizar la comprobación del grupo sanguíneo en cabecera de paciente en los servicios de Urgencias, UCI, anestesia, hematología, oncología y neonatología. Requerirá la formación del personal de enfermería de las unidades para su realización.

Proyecto: 2019_1337 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

3.- Consensuar con los servicios quirúrgicos y anestesia la reserva prequirúrgica por procedimiento quirúrgicos programados. A través de la Comisión de Transfusiones, miembros de los servicios quirúrgicos, se elaborará el listado de procedimientos y las unidades que requieren

4.- Medidas conducentes a la evitación de la hemorragia en la cirugía ortopédica: ácido tranexámico. La Comisión de Transfusiones, con los miembros del Servicio de Traumatología, llevarán a cabo las acciones para su implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº DE CH DESECHADOS	<1%	
UNIDADES DE PFC DESECHADAS	<3%	
UNIDADES DE PLAQUETAS DESECHADAS		<1%
Nº CH CADUCADOS	<2%	
Nº PLAQUETAS CADUCADAS	<6%	
Nº PEDIDOS URGENTES BSTA	< 20%	
Nº DE COMPONENTES TRANSFUNDIDOS		Disminución 5% anual
ÍNDICE TRANSFUSIONAL	< 2	
Nº CONTROLES DE CALIDAD EXTERNOS CORRECTOS		> 95%
UNIDADES CON CIERRE TRANSFUSIONAL CORRECTO		>90%
Nº DE INCIDENTES NOTIFICADOS	> 35	

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las actividades se desarrollarán a lo largo del año 2019, iniciándose en el mes de enero.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0657 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO Blesa Y CME I. JIMENEZ

2. RESPONSABLE LAURA CALLIZO PEQUERUL
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ENTONADO MORENO SARA BELEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• BENITO ORMEÑO ADOLFO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• PEREZ VALLE RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• AZNAR BUIL BLANCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
• PALACIO GAVIN GEMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El acceso vascular es imprescindible en hemodiálisis ya que es el único medio para acceder al torrente sanguíneo y conseguir unos flujos adecuados impulsando la sangre a través del circuito extracorpóreo, realizando un correcto tratamiento de hemodiálisis.

Hay varios tipos de accesos vasculares:

- * Catéteres venosos centrales tunelizados o no tunelizados.
- * Fístulas arteriovenosas (FAVi) autólogas o protésicas.

Ante la importancia del correcto manejo del acceso vascular y prevención o tratamiento precoz de las complicaciones que pueden aparecer en los mismos, surge la necesidad de crear en la unidad de Hemodiálisis un registro/evolución exclusiva para los accesos vasculares.

Actualmente en el servicio contamos con dos unidades de hemodiálisis: una localizada en la planta -1 del Hospital Clínico Lozano Blesa, en la contamos con historia clínica en papel y otra unidad en la planta calle del Centro de especialidades Inocencio Jiménez en la que contamos con un programa informático, "Nefrolink".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Crear un registro de los cuidados y complicaciones del acceso vascular para una mejor calidad asistencial.
- Mejorar la comunicación entre el personal del equipo multidisciplinar en el seguimiento de los accesos vasculares.
- Aumentar la supervivencia de los accesos vasculares gracias a un correcto manejo en los cuidados unificados por parte del personal de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En la Unidad de Hemodiálisis del CME Inocencio Jiménez realizaremos un seguimiento del acceso vascular, rendimiento/efectividad de acceso, cambios en los flujos sanguíneos, complicaciones y tratamiento de las mismas, a través de un registro informatizado en "Nefrolink" con el que crearemos:

* Un apartado de notas de evolución en el "Diario de enfermería", registrando:

o Cambios en Flujos sanguíneos (Qb)

o Cambios en el índice de recirculación.

o Cambios en parámetros de Ktv.

o Realización de medición bimensual del flujo de Favi (Qa) y posterior seguimiento de cambios importantes que nos indicarían sospecha de complicación.

* Un dibujo de brazo Favi para marcar zonas de punción y cambios en la canalización en la pestaña de "Accesos Vasculares".

* Registro en una "Lista de complicaciones de accesos vasculares" que pueden aparecer, tratamiento y eficacia, en el apartado habilitado a ello.

En la Unidad del Hospital Clínico Lozano Blesa: hasta informatización de la historia clínica, crearemos un

Proyecto: 2019_0657 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

registro en papel para seguimiento de evolución y complicaciones de los accesos, y un documento con dibujo del brazo Favi para marcar las zonas habituales de punción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

* Incidencia de las complicaciones registradas de los accesos vasculares y consiguiente tratamiento precoz de dichas complicaciones

* Conseguir una correcta cumplimentación del registro por parte del personal de enfermería.

* Obtener el mayor rendimiento posible de los accesos vasculares mejorando así los parámetros de la calidad de las sesiones de diálisis

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio de 2019.

Hasta mayo del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable del "Nefrolink" para la adaptación del programa informático a las necesidades del proyecto y creación del registro en papel para HCU.

Durante el mes de mayo realizaremos formación del personal de enfermería para correcto manejo del programa informático y presentación de los registros de papel del HCU.

Una vez puesto en marcha el proyecto, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta fin del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Colaboración del personal informático responsable del "Nefrolink" (Fresenius)
- Colaboración en el seguimiento y cumplimiento del proyecto por parte del personal de enfermería de la Unidad.
- Documentos de papel (hasta informatización de la historia clínica):
- Hojas evolución de accesos vasculares
- Hojas de seguimiento de punciones de Favi (dibujo del brazo).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACION EN HOSPITAL DE DIA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO

2. RESPONSABLE ALICIA TORRES SAIZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBÁÑEZ VICENTE ANGELA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. COMUNICACION
- BELLO ALBENDEA GEMA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER
- GARCIA IBAÑEZ CAROLINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER
- PUEYO EZQUERRA NIEVES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
- LORENTE HERNANDEZ NURIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
- FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
- RUBIO ORTEGA JOAQUIN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El proyecto plantea una mejora en la experiencia del paciente oncológico en su paso por el hospital mediante la incorporación de recursos ambientales que produzcan un impacto positivo en la calidad de vida durante el tratamiento en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico.

La importancia del proyecto radica en la introducción de recursos ambientales y de entretenimiento que fomenten el bienestar emocional, haciendo más llevadera la experiencia de tratamiento y hospitalización, y repercutiendo en la mayor satisfacción del equipo profesional en el contacto con paciente y familiares. Las acciones se enmarcan en un contexto asistencial en el que el espacio es anodino y carente de recursos de entretenimiento. El proyecto se plantea en la línea de innovación que se viene desarrollando en distintos hospitales a nivel nacional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la experiencia del paciente oncológico y sus familiares en estancia en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico mediante la creación de un espacio acogedor y dotado de recursos para el entretenimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Transformación de espacios: cambio del color de las paredes, colocación de vinilos en las ventanas de las habitaciones con paisajes y puntos de fuga relajantes creando imaginarias ventanas a la naturaleza, colocación en las paredes de vinilos con palabras o frases de apoyo, y habilitación en las habitaciones de espacios que permitan su personalización.

Entretenimiento y acompañamiento de voluntariado: oferta de actividades individuales y colectivas de tipo musical, artístico, literario o manual dinamizadas por voluntariado, de material de entretenimiento (revistas, juegos de mesa), acompañamiento de voluntariado testimonial y actividades formativas. Todas estas actividades se desarrollarán siguiendo el protocolo de calidad y seguridad del hospital.

La implicación de profesionales de la unidad se hará mediante reuniones en las que se definan formas de participación en las actividades mencionadas. El equipo de voluntariado será coordinado por la AECC para participar en la oferta de actividades.

La comunicación se facilitará mediante reuniones periódicas con el equipo, además de una coordinación institucional interna y externa entre el hospital y la AECC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de habitaciones decoradas
- Nº de espacios comunes transformados
- Nº de actividades realizadas con pacientes semestralmente
- Nº de acompañamientos de voluntariado
- Grado de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La calendarización prevista se dividirá en dos semestres. Durante el segundo semestre de 2019 está previsto llevar a cabo las siguientes acciones: pintura de paredes y puertas (habitaciones y salas comunes), personalización de habitaciones, actividades individuales (Aislamiento), entrega de material de entretenimiento y selección de música relajante para megafonía. Durante el primer semestre de 2020 se plantea: colocación de vinilos en ventanas y paredes, actividades colectivas y colocación de pantallas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El coste de los materiales será asumido por la AECC.

Medios materiales

- Vinilos
- Pintura y herramientas de trabajo
- Pasatiempos y fábulas
- Libros y revistas
- Material fungible para actividades individuales
- Superficie para colocación de fotos personales (habitaciones aislamiento)
- Música para ambientación

Proyecto: 2019_1062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACION EN HOSPITAL DE DIA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO

- Pantallas

Medios humanos

- Profesionales del hospital
- Profesionales y voluntariado AECC
- Otras entidades o empresas (donaciones, participación, etc.).

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. oncológicas y hematológicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0926 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES LOURDES NOCITO COLON

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCES ANTON ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- GARCES REDONDO MOISES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
- MARTINEZ LOSTAO LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
- RAMOS MIR JORGE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
- LORENZ ABAD ANA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tanto la esclerosis múltiple (EM) como la enfermedad celíaca (EC) son enfermedades de etiopatogenia inmunomediada que se dan en personas genéticamente predispuestos compartiendo, en algunos casos, factores de predisposición a la enfermedad como ciertos antígenos de histocompatibilidad. Además, la celiacía puede presentarse como una enfermedad neurológica por lo que queremos evaluar la posibilidad de que pacientes con esclerosis múltiple puedan beneficiarse clínicamente de una dieta sin gluten

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dado que los pacientes con EM con sensibilidad al gluten se benefician de una dieta sin gluten, nuestro objetivo es la detección precoz de EC entre los pacientes con EM

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Puesta en común para diseño del trabajo. Responsables: Todos
2. Elección de los pacientes: Responsables: Neurólogos.
3. Diseño de pruebas a realizar: Responsables: Inmunólogos
4. Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario: Responsables: Todos
5. Puesta en marcha del procedimiento: Responsables: Todos
6. Seguimiento del cumplimiento: Responsables: Todos
7. Análisis de resultados: Responsables: Neurólogos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

% de pacientes celíacos en la población afecta de EM

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019 para desarrollo e implantación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Esclerosis Múltiple
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0040 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
 - DIAZ MELE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
 - PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
 - VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente en los hospitales, especialmente en los Servicios de Medicina Intensiva, se atiende a las patologías que presentan los/las pacientes y no se presta la atención que merece otros aspectos que también forman parte de la asistencia sanitaria y de la correcta práctica clínica, como son los que conciernen a los propios pacientes y familiares.

Estas actitudes probablemente son derivadas del contexto de urgencia en el que tienen lugar las actuaciones en el paciente crítico, así como el creciente interés suscitado por los avances tecnológicos que surgen para una mejor atención a los/las pacientes, que con frecuencia relega los intereses de pacientes a un segundo plano.

Aspectos integrales de la propia atención clínica como es ofrecer una información comprensible y adaptada a las diferentes realidades de pacientes y familiares, así como promover la participación de los mismos en el proceso asistencial mediante la toma de decisiones compartidas... entre otros, a menudo se olvidan. Lo que supone una distorsión la práctica clínica, que prescinde del entorno humano receptor de nuestra información, y la pérdida de una oportunidad para mejorar la calidad de la asistencia prestada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Ofrecer una atención de calidad, integrando aspectos que contemplan los diferentes contextos y realidades de los pacientes.
- Facilitar la comunicación de las/los médicas/os con los pacientes.
- Facilitar la participación de pacientes y familiares en los procesos asistenciales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Diseño de las acciones
- o Acciones relacionadas con la información proporcionada
- o Acciones relacionadas con la identificación del staff médico y enfermería
- o Acciones relacionadas con las sugerencias de los pacientes
- Implicar al resto de las personas que trabajan en el S de M Intensiva en la acción de mejora
- Compra e instalación de un buzón de sugerencias
- Diseño de un cartel informativo que exprese el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares
- Difusión del mismo (que el cartel se sitúe en la sala de espera del S de M Intensiva)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Análisis de las sugerencias de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Análisis de las sugerencias de los pacientes
Número de sugerencias analizadas /Número de sugerencias totales> 90%
Respuesta rápida de las quejas de los pacientes
Nº de quejas respondidas en menos de 1 mes /Número total de reclamaciones o quejas >50%
Implicación de los/las médicos/as del Servicio
Número de médicos/as que se identifican /Número total de médicos/as del Servicio > 90%

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Compra e instalación de un buzón de sugerencias
- Impresión de un cartel informativo que exprese el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares

10. OBSERVACIONES.

no

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0040 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas las patologías
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0041 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE AB EN UCI

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• DIAZ MELE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• VELLILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico resulta esencial para el buen funcionamiento del organismo, especialmente en el ámbito de los pacientes críticos, donde la restricción de fluidos es una medida terapéutica muy extendida.

Los pacientes ingresados en UCI pueden beneficiarse de la administración de fármacos parenterales en el menor volumen posible, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo requieren un gran número de fármacos por vía intravenosa, y a altas dosis.

Por todo ello, y dado que la antibioterapia es uno de los tratamientos de empleo frecuente en la UCI, y que cuando se prescribe es por indicación indiscutible, parece útil buscar una estrategia de optimización de la administración de los antibióticos parenterales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

optimizar la administración de los antibióticos parenterales.
estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión
facilitar la dinámica de trabajo y repercutir en la calidad, eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Selección de los antibióticos (principios activos) empleados en nuestro entorno.
- Revisión de los datos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB
- Corrección de las posibles fuentes de error.
- Incorporar las instrucciones en el programa informático propio de la UCI, para lograr la administración adecuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos= 95%
Excepcionalmente es posible que existan situaciones que no sigan las instrucciones.

Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones= 99%
Medición en las reuniones que tengan lugar con Enfermería. En la última reunión se comprobará que la totalidad de las instrucciones resulta comprensible y fácil de llevar a cabo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 febrero 2019-30 junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No

10. OBSERVACIONES.

No

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades Infecciosas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0041 (Acuerdos de Gestión)

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE AB EN UCI

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• DIAZ MELE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• VELLILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• FUERTES SCHOTT CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico resulta esencial para el buen funcionamiento del organismo, especialmente en el ámbito de los pacientes críticos, donde la restricción de fluidos es una medida terapéutica muy extendida.

Los pacientes ingresados en UCI pueden beneficiarse de la administración de fármacos parenterales en el menor volumen posible, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo requieren un gran número de fármacos por vía intravenosa, y a altas dosis.

Por todo ello, y dado que la antibioterapia es uno de los tratamientos de empleo frecuente en la UCI, y que cuando se prescribe es por indicación indiscutible, parece útil buscar una estrategia de optimización de la administración de los antibióticos parenterales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Optimizar la administración de los antibióticos (AB) administrados vía parenteral.
- Estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión.
- Evitar errores en la administración de AB.
- Facilitar la dinámica de trabajo .
- Mejorar la calidad asistencial.
- Incrementar la eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Selección de los antibióticos (principios activos) empleados en nuestro entorno.
- Revisión de los datos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB
- Corrección de las posibles fuentes de error.
- Incorporar las instrucciones en el programa informático propio de la UCI, para lograr la administración adecuada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES

1) Número de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos=95%

Excepcionalmente es posible que existan situaciones que no sigan las instrucciones.

2) Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones=99%

Medición realizada en las reuniones que tengan lugar con Enfermería. En la última reunión se comprobará que la totalidad de las instrucciones resulta comprensible y fácil de llevar a cabo.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Monitorización: la incorporación en el programa informático propio de la UCI como "ayuda" a la administración a la hora de prescribir los fármacos, garantizará la descripción de la administración adecuada del mismo.

El programa culmina con la inclusión de las instrucciones en el programa mencionado. Esto será de utilidad para garantizar una prescripción y preparación óptimas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 1 febrero 2019

Fecha de finalización: 30 junio 2019

Febrero- Marzo: Selección de los AB y revisión de la ficha técnica.

Abril: Reuniones periódicas con Enfermería

Mayo: Corrección de las posibles fuentes de error.

Junio: Incorporación de las instrucciones al programa informático.

Proyecto: 2019_0042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ninguno

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las enfermedades infecciosas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

2. RESPONSABLE RAQUEL RIDRUEJO SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZALBA ETAYO BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· HERNANDEZ ARENAZA ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· AMOR LOSCERTALES ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La traqueotomía es una técnica ampliamente usada en UCI con disparidades entre los equipos médicos en términos de frecuencia, mortalidad, indicaciones, técnicas, complicaciones...

No hay pautas internacionales recientes y las pautas nacionales son raras. Además los grados de evidencia son variables, basados en literatura con estudios no homogéneos e incluso contradictorios. En ausencia de criterios claramente definidos e incuestionables, el manejo de la traqueotomía generalmente es decidido únicamente por el equipo médico a cargo del paciente.

En la práctica clínica diaria se detectan complicaciones relacionadas con la traqueostomía, la mayoría leves, pero algunas con importante repercusión en el estado del paciente que pueden incluso ocasionar su fallecimiento. Algunas podrían evitarse con formación adecuada del personal y creación de protocolos que ayuden al manejo de esta técnica.

- Recientemente se ha realizado un pequeño estudio descriptivo a partir de la revisión de 1000 historias clínicas del año 2017 en el que se incluyen 42 traqueotomías con una tasa de complicaciones del 40,47%.
- 27 pacientes son dados de alta a planta (15 decanulados y 12 con cánula). En 6 ocasiones se produce reingreso en UCI, siendo 4 de esos casos relacionados con problemas en la traqueostomía.
- Fallecen 16 pacientes (38,1%) traqueotomizados durante el ingreso hospitalario (15 en UCI y 1 en planta), la mayoría relacionados con su enfermedad de base.
- 4 fallecidos habían presentado complicaciones y 3 (18,75%) de ellos fallecen en relación con problemas con la traqueostomía.

En los últimos diez años aproximadamente, la literatura médica se ha enriquecido con nuevos datos clínicos, a menudo recopilados en forma de metanálisis. En este contexto, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) y la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) decidieron elaborar en 2018 unas directrices tituladas "Traqueotomía en la Unidad de Cuidados Intensivos". El objetivo de estas directrices es definir las indicaciones, contraindicaciones, modalidades y manejo de la traqueotomía a la luz de los datos actuales de la literatura. Utilizando los medios que aporta la literatura y teniendo en cuenta las circunstancias propias de nuestro centro, se pretende realizar un protocolo sobre el manejo de la traqueostomía en UCI. Asimismo, realizar formación entre el personal sanitario de la Unidad (personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería) para mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueostomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueostomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto conlleva diferentes acciones:

- Realizar un protocolo "Manejo de Traqueostomía en UCI" en el que se incluya una revisión de los diferentes aspectos de esta técnica y las peculiaridades propias de nuestra Unidad.
- Dar formación al personal sanitario (médico, enfermería y auxiliares de enfermería)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Indicador 1: Mejorar el conocimiento de traqueostomía

Evaluación: Encuesta al personal que recibe la encuesta

- Indicador 2: Disminuir riesgos en la atención

Evaluación: Mejora de tasa de complicaciones (nº complic/Nºtraqueostomías)

Durante los meses de febrero, marzo y abril de 2019, se realizará una evaluación de las traqueostomías realizadas (complicaciones, decanulación, mortalidad...) mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en ese periodo

Proyecto: 2019_0371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Noviembre 2018 Fecha de finalización: Mayo 2019

Constitución de equipo: Noviembre 2018

Implementación de medidas (sesiones de formación y realización del protocolo. Evaluación de las traqueostomías realizadas tras lo anterior): diciembre 2018-abril 2019

Monitorización de resultados: mayo 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en UCI a los que se les realiza una traqueostomía. Realización de un protocolo clínico respecto al manejo de traqueostomía y presentarlo en sesiones clínica (power point) pasando una encuesta para valoración de la misma.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE BEGOÑA ZALBA ETAYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIDRUEJO SAEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· DURAN MATEOS ANTONIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria representa un problema sociosanitario y económico de gran magnitud. La organización de la respuesta ante una PCR en los hospitales no es un sistema estructurado y ágil. Si se mejora la respuesta asistencial, acortando los tiempos de inicio de la asistencia mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria, existe la evidencia de que es posible disminuir la mortalidad y las secuelas que origina una PCR.

La incidencia de PCR hospitalaria es de 4-20 casos por cada 1000 enfermos, aproximadamente la mitad se produce fuera de las áreas de críticos y en el mejor de los supuestos, solo 1 de cada 6 sobrevive y es dado de alta.

Extrapolando datos internacionales, en España el número de paradas subsidiarias de RCP superan 18000/año. La supervivencia de la PCR en hospitales es inferior al 20%.

La puesta en marcha del protocolo de RCP de nuestro hospital es reciente, con buen funcionamiento pero con parcelas mejorables. El estudio de nuestra situación podrá hacer posible mejorar la asistencia a la PCR y sus resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Tiempo de inicio de RCP menor de 3 minutos
Estándar 95%

Desfibrilación precoz menor de 5 minutos
Estándar 95%

Carro de atención a la parada completo
Estándar 95%

Formación médicos que atienden paradas de forma anual
Estándar 90%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Cursos de formación a facultativos que atienden la parada intrahospitalaria (3 ediciones mínimo al año)

-Cursos de formación a enfermería

-Informe anual sobre resultados de tiempo de atención y adecuación de desfibrilación

-Publicidad el día europeo de la Parada Cardíaca (16 de octubre) dando formación de RCP básica durante 8 horas de forma ininterrumpida dentro del hospital

-Revisión sistemática del carro de paradas y recordatorio del contenido necesario con paneles en cada planta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

nº enfermos atendidos en los primeros 3 minutos de PCR
-----x 100

nº de enfermos con PCR

nº enfermos dados desfibrilados en los primeros 5 minutos
-----x 100

nº de enfermos desfibrilados

Nº carros de PCR con material standardizado
-----x100

Nº carros de PCR

Nº médicos que atiende paradas con curso de formación
-----x100

Nº médicos que atiende paradas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Durante todo el año se desarrollarán las actividades previstas

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se utilizan los recursos disponibles: maniquíes, carro paradas, ordenadores.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Parada Cardiorrespiratoria
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. RESPONSABLE JUANJO ARAIZ BURDIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZALBA ETAYO BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

3.1.- Evaluación

El informe de alta es el documento médico técnico- legal obligatorio que resume la asistencia prestada al paciente e informa acerca del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir. Su calidad resulta cada vez más necesaria para pacientes, profesionales sanitarios y gestores debido a los múltiples usos de su contenido.

La codificación de los diagnósticos, procedimientos y pruebas diagnósticas permite tratar estadísticamente dicha información y realizar una triple lectura sobre la casuística atendida por un servicio clínico u hospital: complejidad de los casos atendidos, eficiencia en su resolución y calidad de los resultados clínicos en términos de mortalidad, complicaciones o reingresos. Se ha descrito que la calidad de los informes de los pacientes que fallecen es notablemente inferior a la de los que son dados de alta con vida. A menudo no se termina de redactar estos informes o, si se hace, suelen contener menos información sobre las patologías acompañantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo perseguido será que todos los informes de alta contengan la codificación de los diagnósticos, tanto los primarios como secundarios, los procedimientos realizados -que incluyen algunas pruebas diagnósticas más complejas- y la escala APACHE II.

La inclusión de todos estos datos permitirá un análisis estadístico más fiable de la actividad realizada en cada unidad y nos informará de la complejidad de la misma y la de los pacientes ingresados.

En cuanto a los informes de alta de éxitos, si su calidad aumenta será posible conocer más datos de la mortalidad intraUCI que podría ser útil para estudio de las causas y relación con factores propios de cada patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recordar a cada unidad de forma periódica que se deben rellenar los datos de diagnósticos, procedimientos y APACHE II antes del alta del paciente.

Información a los facultativos trimestralmente por parte de los jefes de sección/jefe de servicio de la cuantificación de los informes de alta completos realizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

nº enfermos dados de alta del SMI con diagnósticos y procedimientos

-----x

100
nº de enfermos dados de alta del SMI

nº enfermos dados de alta del SMI con la escala APACHE II

-----x 100

nº de enfermos dados de alta del SMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante 2018 y 2019 (2 años)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos disponibles: programa informático, ordenadores

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Monitorización/estructura
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

2. RESPONSABLE BEATRIZ VIRGOS SEÑOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMOR LOSCERTALES ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· SIMON CASAMIAN ROSA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ASIN CORROCHANO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· OCABO BUIL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· EDROSO JARQUE PALOMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· LOZANO GOMEZ HERMINIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ARCHE BANZO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A raíz del estudio ACCORD patrocinado por la ONT, se detectó en el HCU la existencia de un fallo en el proceso de detección de pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, que podrían haber sido donantes de órganos, en algunos de los Servicios del Centro (UCI, Urgencias, Neurología y Neurocirugía). Con posterioridad se aplicó una línea de mejora que logró disminuir la pérdida de estos posibles donantes, aunque se siguieron observando pérdidas puntuales de los mismos.

Se propone mantener las líneas de actuación sugeridas por los resultados del estudio ACCORD, para minimizar aún más estas posibles pérdidas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Lograr que la pérdida de posibles donantes entre los enfermos con lesiones encefálicas devastadoras sin contraindicación para donación, sea nula, y así disminuir de forma indirecta la lista de espera para trasplante (hepático y renal fundamentalmente) de pacientes de nuestra Comunidad Autónoma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Mediante recogida de datos correspondientes a los Exitus de UCI, Urgencias y Neurología, de forma mensual, analizar las posibles pérdidas existentes como posibles donantes en pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, sin contraindicación para donación.

Según los resultados obtenidos, realizar reuniones de trabajo periódicas, con los mencionados Servicios, para formar y aconsejar, y evitar la pérdida de estos casos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Indicadores:

nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que no son donantes/ nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que sí son donantes.

nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras no informados al CTx. / nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras sí informados al CTx.

-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Acceso a las H²C^a y a los informes de ingreso y Exitus de los Servicios implicados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

2. RESPONSABLE RAQUEL BUSTAMANTE RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· LUQUE GOMEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· VIRGOS SEÑOR BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ARCHE BANZO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ABANSES MORENO PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· HERRERO GARCIA SANDRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MAYORDOMO GARCIA CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ DONOSO NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Medicina Intensiva, entre otros, se enfrenta al reto de procurar que todo el esfuerzo terapéutico y recursos empleados durante la estancia de los pacientes en UCI comporte la recuperabilidad de los pacientes una vez dados de alta a planta. La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que se mantiene tras el alta de la UCI.

Los pacientes críticos presentan características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso en UCI, hasta la muerte del paciente en la planta: polineuropatía del enfermo crítico, difícil manejo de secreciones, catéteres con riesgo de infección, antibioterapia prolongada, traqueostomías... Por lo que el nivel de atención requerida sigue siendo elevado, y la atención proporcionada debe ser óptima independientemente de donde permanezca ingresado.

La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el Servicio de Medicina Intensiva se cifra entre un 5 y un 25%, dependiendo del tipo de UCI. Entre las principales razones que la originan se encuentran las altas no programadas, las complicaciones infecciosas en planta, la estancia prolongada en UCI, entre otras. Se estima que el reingreso en UCI multiplica la mortalidad de los pacientes por cuatro y su estancia hospitalaria por 2,5.

En la Sección Quirúrgica del Servicio de medicina Intensiva (UCI-Q) del Hospital Lozano Blesa instauramos en 2016 un proyecto de Calidad consistente en la identificación antes del alta de la UCI de factores de riesgo de mala evolución en planta y hacer seguimiento diario de estos pacientes durante los primeros 7 días de estancia en planta para detectar precozmente signos de alarma y en caso de precisar reingreso que éste sea precoz, lo que conlleva una mejor evolución.

Dada la buena aceptación del proyecto por parte de los facultativos tanto de UCI como de las diferentes plantas de hospitalización como de los pacientes y sus familiares, creemos necesario seguir en esta línea de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

- Identificación antes del alta a planta de pacientes quirúrgicos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo:
o Presencia de catéter venoso central
o Tratamiento antibiótico de amplio espectro
o Alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales
o Presencia de algún fallo orgánico en evolución
o Portador de cánula de traqueostomía
o Portador de tubo torácico
o Resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados
o Precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería
o Estancia en UCI > 7 días
- Detección precoz de complicaciones en dichos pacientes para evitar el reingreso o, en su caso, que éste sea precoz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Antes del alta a planta el facultativo responsable registra en un fichero informático y abre una ficha en papel con los datos del paciente que cumple alguno de los criterios de seguimiento en planta. Cada día durante los siete primeros (excepto sábados y festivos) cualquiera de los Facultativos de la Sección visita al paciente en planta y revisa historia clínica, poniéndose en contacto con el Facultativo responsable en caso de detección de algún problema. Diariamente se registra en la base de datos y en la ficha en papel la actividad realizada. En dos momentos del año se realizarán además encuestas de satisfacción a los pacientes atendidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de pacientes con al menos un factor de riesgo que son seguidos posteriormente en planta. Objetivo: > 85%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la presencia de CVC y fecha de colocación del mismo. Objetivo: > 90%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la fecha de instauración de tratamiento antibiótico y

Proyecto: 2019_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

duración prevista del mismo (si ello es posible). Objetivo: > 90%

- Porcentaje de los reingresos con respecto al número de reingresos que han sido detectados mediante el proyecto.

Objetivo: > 80%

- Descripción de las actuaciones realizadas en planta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto es continuidad del iniciado ya en 2016 y que hemos ido realizando de forma ininterrumpida. Se realiza durante todo el año, todos los días laborables. Una vez al cuatrimestre se evalúan resultados y, en caso de desviación de los objetivos, se realiza análisis para identificar barreras y formación para y corregir errores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesita ningún recurso extraordinario para la realización de este proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirúrgico crítico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0880 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRITICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE MIREIA BARCELO CASTELLO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MORA RANGIL PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• GUTIERREZ ZARATE ARACELI. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• PERELA MARCO ANUNCIACION. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• MATUTE GUTIERREZ ALMUDENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• LIZANO GOMEZ HERMINIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• EDROSO JARQUE PALOMA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible, garantizando que sea adecuada, sostenible, ética y respetuosa con la autonomía del paciente.
La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente, como una de las dimensiones clave de la calidad. Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han ido desarrollando las herramientas que han permitido, en primer lugar, medir el nivel de calidad.
Durante los años 80 la JCAHO requirió la existencia de planes de calidad integrados implementando sistemas de monitorización y su desarrollo metodológico. Dichos sistemas de monitorización se conciben como una valoración global de todo un servicio y no sólo de las áreas de problemas que puedan detectarse. Para llevarlos a cabo es necesario definir el tipo de atención que se realiza en un determinado servicio o centro, establecer las principales áreas de trabajo y crear indicadores que permitan medirlo. Estos indicadores se evalúan de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio, así como, actuar en los casos en que se presenten desviaciones.
Durante los últimos años, la SEMICYUC ha venido realizando una intensa labor en la definición de los indicadores de calidad dentro de la Medicina Intensiva, para el cuidado del paciente crítico, siendo fundamentales a la hora de evaluar los resultados de nuestras actuaciones cotidianas en Cuidados Críticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En la UCI Quirúrgica del HCU, se atienden a un gran número de pacientes con patología neurocrítica que precisan de unas actuaciones muy específicas. Con este proyecto queremos valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico, midiendo una serie de indicadores y evaluando los resultados obtenidos para ver si se cumplen con los estándares de calidad marcados por la SEMICYUC, y poder mejorar en nuestra atención al paciente neurocrítico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para poder valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico mediremos los 7 indicadores de calidad dirigidos al neurointensivismo, a cada uno de los pacientes ingresados en nuestra UCI con patología neurocrítica, durante el período que dure el estudio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores que mediremos son los siguientes:

1. Valorar la decisión de Intubación traqueal en el TCE grave con Glasgow < 9 durante las primeras 24h:
(n° TCE graves intubados/n° TCE graves)x100= 95%
2. Valorar la rapidez de la Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/o subdural:
(n° enfermos con TCE con HED/HSD con hipertensión intracraneal intervenidos < 2 horas/n° enfermos con TCE con HED/HSD con HIC e indicación qx)x100= 100%
3. Valorar la Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico:
(n° enfermos con TCE grave y TAC patológico monitorizado con sensor PIC/n° enfermos TCE grave con TAC patológico)x100=95%
- 4.- Mortalidad en TCE grave:
(n° Exitus con TCE grave/n° TCE grave dados de alta del UCI)x100< 35%
5. - Diagnóstico precoz de la HSA:
(n° HSA espontánea con TAC < 24 h/n° HSA ingresados en UCI)x100=90%
6. Administración Nimodipino en HSA:
(n° HSA aneurismática tratadas con nimodipino/n° HSA aneurismática ingresadas en UCI)x100=100%
7. Control precoz de TAS en hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo (HIP):

Proyecto: 2019_0880 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCITICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

(nº HIP espontáneo e HTA con control precoz de TAS/nº HIP espontáneos e HTA)x100=80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración será desde el 1 de Abril al 31 de Diciembre del 2019.

En el mes de Abril se constituirá el equipo

De Abril a Mayo se elaborará la hoja de recogida de datos con las variables a estudio.

De junio a Diciembre se recogerán las variables a estudio.

En Diciembre se monitorizarán y evaluarán los resultados obtenidos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recursos económicos

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1004 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ NUÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MONTORI LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI MEDICA
· PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI CENTRAL
· FUERTES SCHOTT CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI MEDICA
· JIMENEZ RIO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA
· JIMENEZ BARTOLOME BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años, los hospitales han asistido a un incremento en la utilización de aislamiento de pacientes para minimizar la posible diseminación de microorganismos multirresistentes en sus centros. Aparte del aumento en la estancia media, y el tratamiento y diagnósticos adicionales, el coste del aislamiento ha sido estimado en algo menos de 50 €/día por el material usado, a lo que habría que añadir el tiempo de personal, tanto del equipo de control de infección, como del personal del área donde esté ubicado el paciente.

Las medidas de aislamiento presentan otros efectos adversos valorados en carga de trabajo que inciden directamente sobre el paciente

1. Menor contacto entre sanitarios y el paciente;
2. Mayor retraso en pruebas diagnósticas y aumento de problemas no infecciosos debido a menores cuidados.
3. Mayor depresión y ansiedad en los pacientes;
4. Descenso en el nivel de satisfacción en el paciente.

Además coordinado por el Ministerio de Sanidad, la SEMI y el IACS, en abril 2013 se inició el proyecto «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España», en el que participan 48 sociedades científicas cuyos objetivos eran disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, la variabilidad en la práctica clínica, difundir entre médicos y pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios y, promover la seguridad clínica.

La SEMICYUC se comprometió a desarrollar una serie de medidas de " No hacer" y entre ellas elegimos para nuestro proyecto " No mantener las medidas de aislamiento establecidas en los pacientes con patología transmisible confirmada durante toda su estancia en UCI. Las medidas se deben mantener habitualmente mientras dura la enfermedad infecciosa o la colonización."

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal será evaluar la idoneidad de la duración del aislamiento indicado.

1. Se estudiará si el aislamiento está indicado Se clasificará el aislamiento en protector o por infección y éste a su vez, de contacto, por gotas y aéreo
2. Se valorará si el tipo de aislamiento es el adecuado. Protector, contacto, aéreo y/o gotas
3. Se seguirá el aislamiento para valorar si la duración es adecuada a la infección/inmunosupresión

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realiza seguimiento prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados (al menos 24 h) en el servicio de medicina intensiva del H.C.U.Z a partir del 1 de septiembre de 2018 durante tres meses hasta el 30 de noviembre de 2018.

Para ello se contará con hoja de datos individualizadas para cada unidad

Se evaluarán los resultados correspondientes a ese periodo y se realizará una intervención formativa dirigida al staff médico y al equipo de enfermería

Nuevo seguimiento prospectivo durante los meses de Febrero- Abril 2019.

Valorar los resultados y conclusiones finales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Tasa adecuada de la indicación (TAI): Nº pacientes aislados correctamente /Nº total de aislados, por 100

Tasa de aislamiento adecuado global (TAAG) : Nº pacientes con tipo de aislamiento correcto/ Nº total de aislados, por 100

Tasa de duración adecuada (TDA): Nº pacientes con duración de aislamiento adecuado/Nº total de aislados, por 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante el período de tres meses desde el 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2018 se han recogido los datos correspondientes a la forma de aislar los pacientes en la tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza interesando tres aspectos fundamentales:

1. Aislamiento por "Resistencia Zero"(RZo)
2. Aislamiento en relación a las precauciones basadas en mecanismo de transmisión (contacto, gotas y aérea)
3. Aislamiento protector

Proyecto: 2019_1004 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA

El numero de pacientes ingresados durante el periodo correspondió a 437 pacientes (edad media 65,47, Apache II medio 10,83 relación varón : mujer 2,4:1 Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZO 84 pacientes de los cuales se le realizó al 80,8%. La mediana de la duración fue de 2 días. El porcentaje de RZO en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2 fue de 20 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE) El total de aislados por todas las causas fue de 90. Además del aislamiento preventivo por RZO el resto de los casos se corresponden pequeño número de bacterias multirresistentes en RZ semanal, broncoaspirado, hemocultivos, aislamiento protector, sospecha de meningitis y de gripe A y cuadros diarreicos.

Los indicadores han sido:

TAI: 0,97%
TAAG: 0,98%
TDA: 0,77%

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sería interesante de disponer de un ordenador portátil para el seguimiento dada la obsolescencia del material del que se dispone.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión ("no hacer")

Proyecto: 2019_1256 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL EZQUERRA BIESCAS

- Profesión TCAE
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBÁÑEZ GÓMEZ SUSANA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El trabajo diario del TCAE (Técnico de Cuidados Auxiliares en Enfermería) en una UCI es una pieza esencial dentro del equipo multidisciplinar. No es un trabajo fácil. De hecho, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se caracteriza por ser el área hospitalaria donde se trabaja con mayor presión y bajo los mayores índices de estrés. La llegada de personal de nueva incorporación a una UCI siempre es estresante, por la complejidad del paciente, por la rapidez que precisan las intervenciones, por la diversidad de técnicas y multitud de aparataje con el cual no se suele estar familiarizado. Por todo ello, parece pertinente la elaboración de un manual de acogida donde se explique el funcionamiento habitual de la unidad durante los diferentes turnos de trabajo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- .Disminuir la ansiedad de las personas de nueva incorporación en una unidad de cuidados intensivos.
- .Ampliar el conocimiento de todos los cuidados y actividades que el TCAE realiza en una UCI.
- .Reducir la variabilidad clínica en los cuidados de los pacientes críticos y mejorar su seguridad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- .Revisión bibliográfica de documentación acerca del proyecto.
- .Reuniones bimensuales de equipo.
- .Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones.
- .Elaboración de un manual.
- .Elaboración de una encuesta para valorar el manual.
- .Disfusión del manual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disfusión del manual= N° de manuales repartidos/ N° de personal de nueva acogida en la unidad *100. Estándar previsto 80%.
Grado de satisfacción= Grado de utilidades encuesta * 100. Estándar 75%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- .Las actividades serán realizadas de manera equitativa por todas las partes del equipo.
- .Revisión bibliográfica. Abril 2019
- .Reuniones bimensuales.
- .Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones. Abril-Mayo 2019.
- .Elaboración de un manual. Mayo-Junio 2019.
- .Elaboración de una encuesta para valorar el manual. Junio 2019
- .Disfusión del manual. Junio-Septiembre 2019.
- .Disfusión encuestas. Junio-Septiembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- .Papelería

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST-HUG"

2. RESPONSABLE PATRICIA MORA RANGIL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BARCELO CASTELLO MIREIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• JIMENEZ BARTOLOME BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• SANCHEZ MONTORI LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• ASIN CORROCHANO MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• OCABO BULL PAULA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
• MATUTE GUERRERO ALMUDENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

De manera continua se realizan esfuerzos para mejorar la calidad asistencial del paciente crítico en las UCIs, a pesar de ello aparecen errores médicos. La realización de sesiones clínicas y la utilización de protocolos y check-list disminuyen su incidencia. Puede suceder que nos preguntemos cómo un paciente al tercer o cuarto día de ingreso no haya recibido heparina profiláctica si no existe contraindicación para ello. La realización de check-list rutinarios puede disminuir la incidencia de estos sucesos.

En este contexto aparece el "FAST-HUG", una regla nemotécnica simple y corta que realiza algunos aspectos claves del paciente crítico. Esta se debería aplicar, en forma de check-list, por lo menos una vez al día.

En ella se incluye:

1. F (Feddning/ Alimentación): La malnutrición aumenta el número de complicaciones y otorga peor pronóstico a los pacientes.
Preguntas a realizarnos. ¿Puede tolerar dieta oral? Si no, ¿Puede tolerar nutrición enteral? Si no es posible, ¿Deberíamos iniciar nutrición parenteral?
2. A (Analgesia): El dolor puede producir alteraciones físicas y psíquicas. Debemos asegurar que nuestro paciente recibe analgesia en dosis adecuadas y evitar la sobredosificación.
3. S (Sedation/Sedación): Valorar el nivel de sedación adecuado mediante la escala RASS (Richmond agitation-sedation scale) y el fármaco adecuado, la situación clínica del paciente y establecer la dosis óptima, evitando la sobredosificación.
4. T (Thromboembolic profilaxys): Valorar el inicio de heparina a dosis profilácticas o inicio de dispositivos mecánicos para evitar la trombosis venosa profunda, en función de la situación clínica del paciente.
5. H (Head of the bed elevated/ Elevación cabecero): Mantener cabecero entre 30-45°, excepto en contraindicación, para disminución de incidencia de neumonía nosocomial.
6. G (Glucose control/control glucémico): Mantener rango de glucemia <150 mg/dl mg/dl, optimizando la pauta de insulina.

Por tanto, a pesar que el FAST-HUG no incluye todas las variables importantes en los pacientes críticos, incluye siete de gran importancia que se pueden aplicar a todo paciente crítico de manera independiente a su patología y por parte del personal de enfermería y médico. Es fácil y sencillo de aplicar en forma de check-list diario, de esta manera, aspectos esenciales del paciente crítico pueden revalorarse a diario y evitar olvidos terapéuticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Optimización de los tratamientos en el paciente crítico.
- Aumentar la seguridad en el paciente crítico.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Mejorar la dinámica de trabajo.
- Cumplir los indicadores de calidad en relación a las variables del "FAST-HUG" recomendados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) 2017.
- Implicar a todo el staff (médico y enfermería) en la vigilancia del tratamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- * Realización de un documento en formato check-list con las variables del FAST-HUG, por cada variable valoración de si se ha iniciado el tratamiento en el momento de la comprobación y si su "no inicio" es adecuado a la situación clínica del paciente.
- * Revisión de las indicaciones, en las últimas guía clínicas, de inicio del tratamiento de cada variable en función de los grandes grupos de pacientes (neuroológico, neuroquirúrgico, postquirúrgico, traumatizado, médico).
- * Reuniones con el personal sanitario de la UCI-quirúrgica para explicación del proyecto
- * Comprobación en la sesión clínica de las 13h del check-list FAST-HUG para optimización del tratamiento médico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de calidad extraídos de los indicadores de calidad en paciente crítico publicados por SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias) en el año 2017.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1279 (Acuerdos de Gestión)**

DA A TU PACIENTE UN "FAST-HUG"

-* Fedding:

*(Nº de enfermos con NE e inicio precoz/Nº enfermos con NE)x100

* (Nº enfermos con indicación de NP/ Nº total de enfermos que necesitan nutrición artificial) x100

- Analgesia:

*(Nº enfermos con analgesia continua adecuada/nº enfermos con necesidad de analgesia)x100.

- Sedation:

* (Nº enfermos con sedación continua adecuada/Nº enfermos con sedación)x100

* (Nº días en ventilación mecánica con nivel sedación>objetivo que se interrumpe sedación/ Nº días con nivel sedación > objetivo)x100

- Thromboembolic profilaxys :

*(nº pacientes con medidas antiTVP/nº pacientes con indicación de tromboprofilaxis)x 100

- Head of the bed elevated:

*(Nº días en VMI y posición igual o superior a 20º/Nº de días de VM invasiva)x100

- Ulcer profilaxi:

* (Nº pacientes que reciben profilaxis úlcera stress/Nº pacientes que deben recibir profilaxis úlcera stress)x100

- Glucose control:

* (Nº enfermos con glucemia>150 mg/dl y en tto con insulina/Nº enfermos con glucemia > 150 mg/dl)x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril 2019:

*Búsqueda de indicaciones clínicas, índices y estándares de calidad de cada variable.

*Realización de documento con las indicaciones de tratamiento de cada variable y confección de check-list del protocolo FAST-HUG.

* Formación personal UCI-quirúrgica.

*Inicio de recogida de datos.

- PERIODO RECOGIDA DE DATOS: ABRIL 2019-DICIEMBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crítico

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSON PULMONAR DEL AREA III

2. RESPONSABLE ADELA MARIN BALLVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· PERALTA GINES CILIA AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
· AIBAR ARREGUI MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GIMENO GRACIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA HIPERTENSIÓN PULMONAR ES UN PROCESO CLÍNICO COMPLEJO QUE POR COMPETER A DIFERENTES DISCIPLINAS MÉDICAS, CONLLEVA DECISIONES HETERÓGENAS. LA HIPERTENSIÓN PULMONAR (HP) ES UN TRASTORNO FISIOPATOLÓGICO QUE PUEDE ENCONTRARSE EN NUMEROSAS ENTIDADES CLÍNICAS Y PUEDE COMPLICAR LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIAS. EL DIAGNÓSTICO DE LA HP REQUIERE QUE EXISTA SOSPECHA CLÍNICA BASADA EN LOS SÍNTOMAS Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA, REALIZAR UNA AMPLIA SERIE DE PRUEBAS PARA CONFIRMAR QUE SE CUMPLEN LOS CRITERIOS HEMODINÁMICOS, DESCRIBIR LA ETIOLOGÍA Y EVALUAR EL DETERIORO HEMODINÁMICO Y FUNCIONAL. LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ESTAS PRUEBAS REQUIERE, EXPERIENCIA EN CARDIOLOGÍA, IMAGEN Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, Y SE DEBE REALIZAR PREFERIBLEMENTE CONSENSUADAMENTE CON UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES CUYA HP PUEDA TENER MÁS DE UNA CAUSA. SE DEBE IDENTIFICAR LA CAUSA PRINCIPAL DE HP DE ACUERDO CON LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA. (GUÍA ESC/ERS 2015 SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR).
POR LO DICHO ANTERIORMENTE, LA HOMOGENEIZACIÓN DE LAS ACTITUDES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS ES EL OBJETIVO PRINCIPAL, ADEMÁS DE UNA DECISIÓN CONSENSUADA E INDIVIDUALIZADA DEL TRATAMIENTO.
LOS PACIENTES AQUEJADOS, ESTÁN EXPUESTOS A UNA GRAN MORBILIDAD (CON UN NÚMERO ELEVADO DE INGRESOS) Y ALTA MORTALIDAD. POR ELLO, ES NECESARIO UN DIAGNÓSTICO PRECOZ PARA MINIMIZAR LA MORBIMORTALIDAD, YA QUE EN LA ACTUALIDAD SE DISPONE DE ARMAS TERAPÉUTICAS QUE PERMITEN UN MEJOR PRONÓSTICO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES, CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DE NUESTRA ÁREA DE SALUD, PARA LA HOMOGENEIZACIÓN DE LOS PROCESOS DIAGNÓSTICOS, (HEMODINÁMICOS Y ETIOLÓGICOS), EN LOS DISTINTOS TIPOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR, CON UNA DECISIÓN TERAPÉUTICA POSTERIOR CONSENSUADA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Reunio'n inicial: EL DÍA 19 DE MARZO DE 2019, SE REUNIRÁN MIEMBROS DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES DE NEUMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, HEMODINÁMICA CARDIACA, ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE MEDICINA INTERNA, REUMATOLOGÍA Y FARMACIA.
2.-Concrecio'n del proyecto : CADA UNA DE LAS REUNIONES CONSTARÁ DE VARIAS PARTES: EXPOSICIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON LA DISCUSIÓN Y DECISIÓN DIAGNÓSTICA/TERAPÉUTICA, REVISIÓN DE LA LITERATURA PUBLICADA RECIENTE.
3.-Posteriores reuniones: LOS ENCUENTROS SE REALIZARÁN LOS TERCEROS MARTES DE CADA MES, EN EL AULA DE MEDICINA INTERNA, A LAS 8.30 H CON UNA DURACIÓN APROXIMADA DE UNA HORA. SE SEGUIRÁ EL MISMO ESQUEMA QUE SE HA DEFINIDO EN EL APARTADO "CONCRECIÓN DEL PROYECTO"
4.- SE RECOGERÁN DE CADA UNA DE LAS REUNIONES REALIZADAS, LOS PACIENTES QUE HAYAN SIDO VALORADOS, LAS DECISIONES TOMADAS, ASÍ COMO LAS ASISTENCIA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-PROPORCIÓN DE PACIENTES EVALUADOS
2.-PORCENTAJE DE DECISIONES DIAGNÓSTICAS
3.-PROPORCIÓN DE DECISIONES TERAPÉUTICAS

Proyecto: 2019_0171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSON PULMONAR DEL AREA III

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1.-DURACIÓN: ANUAL, COMENZANDO EN EL MES DE MARZO 2019, HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL GRUPO Y LA SUBSIGUIENTE CREACIÓN DE UNA COMISIÓN CLÍNICA

2.-CALENDARIO PREVISTO: REUNIÓN MENSUAL (MÁS ARRIBA DETALLADA)

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE JORGE RUBIO GRACIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• PEREZ CALVO JUAN IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• CADARSO VISCASILLAS ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La insuficiencia cardíaca (IC) supone un importante volumen de ingresos hospitalarios a lo largo del año, con un crecimiento exponencial debido al progresivo envejecimiento de la población, la existencia de fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia y la mejora de la asistencia sanitaria. Esta situación ha hecho que existan determinados casos en los cuales se presenta un estado de insuficiencia cardíaca refractaria definida como:

- Síntomas de IC grave con disnea y/o astenia en reposo o con esfuerzo mínimo (Clase funcional de la NYHA III-IV)
- Episodios de congestión pulmonar y/o sistémica, y/o gasto cardíaco reducido en reposo (hipoperfusión periférica)
- Datos objetivos de disfunción cardíaca grave caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
 - o FEVI < 30%
 - o Patrón de flujo transmitral pseudonormal o restrictivo
- Concentración de péptidos natriuréticos elevados
- Disminución marcada de la capacidad funcional caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
 - o Incapacidad para realizar ejercicio
 - o Distancia caminada en test de la marcha de 6 minutos = 300 mts.
- Historia de una o más hospitalizaciones por IC en los últimos 6 meses.
- Optimización del tratamiento farmacológico y no farmacológico, incluyendo la terapia de re-sincronización cuando se encuentre indicada.

Por todo ello, se han establecido nuevas estrategias terapéuticas, destinadas a intentar revertir dicha situación. Una de ellas es el empleo de suero salino hipertónico (SSH) junto con diuréticos. Debido a la novedad de este tratamiento, y la ausencia de unas recomendaciones específicas para su uso en nuestro hospital, consideramos oportuno poner en marcha un plan de mejora destinado a dicho fin.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de suero salino hipertónico en los pacientes con IC.
2. Realizar y facilitar una estandarización del uso de suero salino hipertónico en el hospital de día del crónico complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza.
3. Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis...) estableciendo un protocolo prefijado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibliográfica sobre las indicaciones y uso del suero salino hipertónico en los pacientes con IC.
Reuniones trimestrales de los miembros de este plan de calidad a fin de supervisar la administración de suero salino hipertónico.

Diseño de un algoritmo de uso para la correcta administración del fármaco
Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción.
Recogida en una base de datos informática con el fin de poder realizar análisis estadístico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Ejecución de sesión clínica acerca del uso del S.S.H. y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.
Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.
Actualización de la bibliografía existente sobre el tema mediante los recursos online.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.

- Diseño de los algoritmos y material divulgativo

Proyecto: 2019_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

- Programación de sesión clínica
 - Protocolización de farmatools
 - Mayo 2019 a Febrero de 2020
 - Ejecución de la sesión clínica
 - Uso de los protocolos y puesta en marcha
- Febrero a Marzo de 2020: análisis de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acceso Online a los diferentes recursos implicados (Hemeroteca, intranet clínica, etc...): DISPONIBLE

Hospital de día: DISPONIBLE

PERSONAL ENCARGADO (F.E.A. y D.U.E.): DISPONIBLES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE MARTA SANCHEZ MARTELES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RUBIO GRACIA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
• RUIZ LAIGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• SAMPERIZ LEGARRE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• CADARSO VISCASILLAS ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• PEREZ CALVO JUAN IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El déficit funcional de hierro (DFH) se presenta aproximadamente en el 50% de los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca (IC). Durante los últimos años, varios estudios han demostrado que la corrección de dicho déficit, produce una mejoría significativa de los pacientes con IC en términos de reingresos, mortalidad y calidad de vida. Por todo ello, las guías europeas y americanas recomiendan detectar y tratar el DFH (Nivel de evidencia IIa, grado de recomendación A).

La detección precoz y el tratamiento del DFH, conlleva la necesidad de una organización específica de los recursos necesarios para tratar dicha entidad.

Coincidiendo con la puesta en marcha de la Unidad de paciente crónico complejo con Hospital de día asociado del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza, sería necesaria la realización de un plan de mejora, que permita optimizar los recursos disponibles y estandarizar el tratamiento del DFH con hierro endovenoso en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en el hospital de día y en la hospitalización convencional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de hierro endovenoso en los pacientes con IC.
- 2- Realizar y facilitar una estandarización del uso de hierro endovenoso en el hospital de día de la Unidad del paciente Crónico Complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza.
- 3- Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis...) estableciendo un protocolo prefijado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Con el fin de conseguir los objetivos arriba indicados se realizarían:

- 1) Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibliográfica sobre las indicaciones y uso del hierro endovenoso en los pacientes con IC.
- 2) Se realizará material de apoyo con algoritmos de uso y tablas (según peso y dosis de fármaco) para la correcta administración del fármaco
- 3) Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción en el Hospital de día Crónico Complejo.
- 4) Reuniones periódicas de los miembros del grupo para supervisar la correcta ejecución de los distintos objetivos planteados en el presente plan de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Ejecución de sesión clínica acerca del uso del hierro y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.

Elaboración del material de apoyo con algoritmos y tablas adecuados a la prescripción.

Cuantificación de la prescripción en el Hospital de día de la Unidad del paciente crónico complejo de hierro endovenoso en pacientes con IC y la proporción de ellos en relación al total de las prescripciones de hierro endovenoso.

Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.

- Diseño de los algoritmos y material divulgativo
- Programación de sesión clínica
- Protocolización de farmatools

Mayo 2019 a Febrero de 2020

- Ejecución de la sesión clínica
- Uso de los protocolos y puesta en marcha

Febrero a Marzo de 2020: análisis de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_0766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

Acceso Online a los diferentes recursos implicados (Hemeroteca, intranet clínica, etc...): DISPONIBLE
Unidad de paciente Crónico Complejo y hospital de día asociado: DISPONIBLE
PERSONAL ENCARGADO DEL HOSPITAL DE DIA (F.E.A. y D.U.E.): DISPONIBLES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0829 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE FERNANDO RUIZ LAIGLESIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRON FORCANO GEMMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CADARSO VISCASILLAS ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESPUELAS MONGE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MARIN BALLVE ADELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GRACIA TELLO BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Se entiende como Hospital de Día (HD) la estructura hospitalaria que permite la asistencia durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

El HD puede aportar ventajas para:

- Para los pacientes y cuidadores:
- Permite compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
- Son menos probables demoras o cancelaciones.
- Se percibe como una forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
- Reduce riesgos inherentes a la hospitalización convencional.
- Para los clínicos, permite programar los tratamientos de forma más flexible.
- Para los gestores, propicia un uso eficiente de los recursos

En el año 2018 el Servicio de Medicina Interna (SMI) prescribió 160 tratamientos en el HD oncohematológico del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULZ). Entre ellos se incluyeron inmunomoduladores y terapias sustitutivas de hierro. Sin embargo, la posibilidad de otros tratamientos, tales como antibióticos de dosis única, está limitada por la saturación del HD oncohematológico. Desde febrero de 2019, el SMI dispone de cuatro puestos de asistencia en régimen de HD, cuya autogestión permitirá disminuir la presión sobre el HD oncohematológico y aumentar el número de pacientes tratados y productos prescritos sin precisar hospitalización convencional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo: poner en funcionamiento el HD de Medicina Interna

Población diana: pacientes de Medicina Interna que precisen tratamiento ambulatorio con inmunomoduladores, terapias sustitutivas u otros tratamientos que puedan ser prescritos en régimen de HD

Servicios a quien va dirigido: Medicina Interna

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Acciones previstas:

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión.
- Sesiones clínicas de divulgación

Cambios previstos en la oferta de servicios:

- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
- Ampliar oferta tratamientos en HD Medicina Interna, incluyendo la infusión de hemoderivados
- Realización de analítica y radiología simple

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: 100%
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción: 100%
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción e instrucciones de infusión.: 100%
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
- o N° de pacientes tratados en HD Medicina Interna año 2019/N° de pacientes tratados en HD oncohematológico año 2018
- o Límite inferior 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio 1 de febrero 2019. Fecha fin: 31 de diciembre 2019

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: abril 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas

Proyecto: 2019_0829 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción. Marzo 2019. Responsable: Fernando J. Ruiz Laiglesia
 - Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión. Marzo 2019.
- Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas.
- Sesiones clínicas de divulgación. Abril y mayo 2019. Responsables Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano
 - Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico. Año 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Ana Cadarso Viscasillas, Maria Espuelas Monge, Maria José Esquillor Rodrigo, Adela Marín Ballvé, Borja Gracia Tello y facultativos de Medicina Interna
 - Evaluación resultados: diciembre 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, María Aránzazu Alcácer López

9. RECURSOS NECESARIOS.

En el momento actual, el SMI dispone de cuatro puestos para asistencia en HD con todo lo preciso para administración de tratamientos, y una dotación básica de medicina, enfermería y administración. Se ha solicitado al HCULZ mejorar la dotación informática en un ordenador e impresora, así como línea telefónica propia.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Las propias de Medicina Interna
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0840 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE PABLO JORGE SAMITIER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa, ingresan fundamentalmente personas mayores de 75 años. Durante los ingresos hospitalarios, la unión de diversos factores, pueden ocasionar cuadros de desorientación temporoespacial e incluso de agitación psicomotriz. Es lo que se conoce como SCA. Este constituye una complicación frecuente y perjudicial entre los ancianos, siendo además un síntoma de emergencia médica. Es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente en la esfera hospitalaria y su incidencia aumenta con la edad. Su presencia en el anciano se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad. Es además un predictor de institucionalización y rehospitalización e implica un incremento de los días de estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios asociados. Su evolución es variable, bien hacia la curación o bien puede provocar la muerte. Para el sistema sanitario es un problema importante de salud pública, dado su relevante impacto negativo a nivel bio-psico-social en la integridad del paciente y su entorno. La aparición del SCA genera angustia en el paciente, los cuidadores y los propios profesionales. El SCA puede durar horas, incluso día. Existen una serie de factores predisponentes y factores precipitantes que deberían ser tenidos en cuenta de cara a poder prevenir y/o atender el SCA. Es por ello que, la intervención preventiva contribuiría a mejorar el desarrollo, pronóstico y evolución de los ingresos hospitalarios. Estableciendo un plan de cuidados de enfermería estandarizado y un protocolo de actuación al ingreso en planta, nos podemos anticipar a la aparición del delirio. Una vez se ha instaurado el delirium, el tratamiento inicial se basa en identificar la causa que lo ha precipitado y actuar sobre ella. En los casos más graves se recurre al tratamiento farmacológico y la contención mecánica como último recurso y siempre bajo prescripción facultativa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Analizar la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa.
- Implantar un protocolo multidisciplinar de atención y prevención del SCA en las 4 unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa
- Disminuir la incidencia de casos de SCA en los pacientes ingresados en las unidades de medicina interna.
- Disminuir el número de casos de SCA que precisan contención farmacológica y/o mecánica durante el ingreso en las unidades de medicina interna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Plan de Comunicación: 1º al Jefe de servicio con el fin de incluirlo en el Contrato de Gestión de las Unidades de MI, Reunión con FEAS y RMI solicitando su colaboración y participación en el proyecto. Segundo reunión con Supervisoras de Enfermería solicitando colaboración y participación en el proyecto asegurando la continuidad del mismo mediante formación de las profesionales recién llegadas. Reunión con Enfermeras y TCAEs solicitando colaboración y participación en la confección del proyecto de manera voluntaria. Comunicación a las enfermeras gestoras de casos del hospital con el fin de poder incluir aspectos relacionados con el SCA en el anciano en los talleres de cuidadores informales. Revisión bibliográfica sobre el SCA en el anciano, su prevención y atención al caso agudo. Confección del protocolo de prevención, valoración inicial de enfermería, planificación de cuidados y diagrama de flujo en la atención al SCA en el anciano. Confección del Plan de Investigación de la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Diseño del proyecto de mejora como protocolo de actuación clínica multidisciplinar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de pacientes con protocolo implantado presente en la historia clínica/ Nº pacientes ingresados. x año
Nº de pacientes que sufren SCA durante el ingreso hospitalario/Nº ingresos hospitalarios. x año
Nº de pacientes con SCA y precisan contención farmacológica y/o mecánica/Nº de pacientes con SCA en el año. x año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto de investigación de corte retrospectivo descriptivo para establecer un estado de situación del grado de incidencia del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Marzo 2019-marzo 2020. Plan de Comunicación (marzo-abril 2019). Responsable de la implantación-Dueño del proceso. La realización del protocolo (mayo-junio 2019). Responsable de la implantación- Dueño del proceso y Colaboradores médicos y enfermeros. Reuniones con médicos, enfermeras y TCAEs para valorar la necesidad de establecer cambios organizativos, especialmente en lo concerniente a la movilización de los pacientes (sedestación, deambulación) (mayo-junio 2019)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Acceso a historias Clínicas

Proyecto: 2019_0840 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Formación continuada destinada a todo el personal sanitario de las unidades de medicina interna, especialmente Residentes de MI, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en la atención a procesos de agitación psicomotriz. Procesos que suelen ir acompañados de alucinaciones, paranoia, delirio y/o agresividad con el objetivo de intentar evitar la contención farmacológica y mecánica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0984 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO

2. RESPONSABLE EVA VALLES VILLAGRASA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• TORRES GARCIA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• MORENO ZAMORA LYDIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• FLORES RAYA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• OROS RODRIGO MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• HERNANDO GABAS MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
• TEJADAS TEJERO SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados en la unidad de Medicina Interna C son total o parcialmente dependientes para llevar a cabo su cuidado personal. Siempre que sea posible se debe procurar las técnicas de higiene para favorecer la máxima independencia. Sin embargo, en ciertos casos esto es imposible y la responsabilidad recae sobre el personal de enfermería o los cuidadores; estos últimos en muchos casos requieren educación al respecto.

Como señalan diversos estudios, la higiene y la salud bucal no sólo tienen influencia directa sobre la calidad de vida de los adultos, como puede ser malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, sino que también ejerce un papel importante en la prevención de patologías tanto bucales como sistémicas (xerostomía, periodontitis, trastornos en la nutrición por inadecuada masticación, afectaciones respiratorias y cardíacas).

NECESIDADES DETECTADAS:

Déficit de higiene bucal.

Presencia de micosis/ aftas y residuos adheridos a mucosa bucal y dientes.

Xerostomía.

Falta de piezas dentarias.

CAUSAS:

Paciente con déficit de autocuidado.

Pluripatología y polimedicación.

Alteraciones cognitivas, motoras y sensoriales.

Problemas sociales.

Déficit de conocimiento en cuanto a la importancia de la higiene bucal.

Falta de participación del cuidador/es en la higiene bucal del paciente.

CÓMO SE HAN DETECTADO:

Valoración general de necesidades de Virginia Henderson del paciente a su ingreso (revisión del estado bucal).

CUÁL ES LA SITUACIÓN DE PARTIDA:

Actualmente no se realiza una valoración continua y sistemática del estado

bucal del paciente, por lo que no se pueden evaluar las necesidades y resultados de las intervenciones realizadas durante su ingreso.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

El estado de la boca influye en: estado nutricional afectado, dolor, aumenta bienestar del paciente (imagen y confort), disminución de patologías bucales, cardíacas y respiratorias, concienciación del paciente y/o cuidadores de la importancia de una correcta higiene bucal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar seguimiento y mejorar el cuidado bucal del paciente, pudiéndose evaluar de manera continua y más específica su cuidado.

Disminuir aparición de micosis bucal, xerostomía.

Aumentar bienestar del paciente.

Disminuir dolor bucal.

Implicar al paciente/cuidador en su cuidado bucal.

Población diana: paciente dependiente y/o cuidadores.

Servicio: Medicina Interna C (de ahora en adelante MIC)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de unas pautas para valoración del estado de la boca.

Educación del paciente y/o cuidadores en la importancia de la higiene bucal y método a usar.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

Explicación al equipo multidisciplinar del servicio de MIC del proyecto.

Explicación al paciente y/o cuidadores y refuerzo durante la estancia del paciente.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN:

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0984 (Acuerdos de Gestión)**

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Familiarizar al paciente y/o cuidadores en el uso de los diferentes sistemas de higiene bucal y frecuencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Implicación del cuidador.

Pacientes ingresados en MIC con deterioro de la higiene bucal que han mejorado dicha higiene durante su ingreso respecto a los pacientes ingresados en MIC con déficit de autocuidado en boca.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Junio de 2019

Fecha de finalización: Diciembre de 2019

Siendo los responsables de su implantación los participantes del proyecto con apoyo del equipo multidisciplinar de MIC.

9. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS:

Equipo multidisciplinar de MIC.

Material para higiene bucal: cepillo dental, dentífrico, hisopo, pinzas, depresor, colutorio, vaselina.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1001 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE RUBEN RODRIGUEZ IBAÑEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUILERA ENGUITA NATALIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- MARTIN CARPIO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- CASASUS ARTAL EVA GLORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- TORRES GARCIA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- CASTELLANO PALLARES ELSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- OLMOS BAQUEDANO CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años se ha generado un especial incremento de la población de la tercera edad, así como el interés por conocer el bienestar de las personas mayores, consecuencia del aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados.

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el buen estado emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante a todas las áreas de la vida, como establece el estudio de Mercedes Zavala G. Así pues, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, sería posible considerar la autoestima como un buen indicador de salud mental y de la calidad de vida a largo plazo.

Entre los determinantes más fuertes de la autoestima en ancianos se encuentra el apoyo social y la autonomía funcional, aspectos, habitualmente perjudicados, en los procesos agudos a los que se ven expuestos los pacientes propios de la Unidad de Medicina Interna.

Por ello, y ante la detección de pacientes con una baja autoestima manifestado por sentimientos de tristeza, soledad y pesimismo ante la hospitalización, consideramos relevante en nuestra unidad de MIC, el llevar a cabo un proyecto de mejora basado en la prevención y afrontamiento de la baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional y social, entre otros, ante los que permanecen expuestos la mayoría de pacientes de nuestra unidad, así como el mantenimiento de la misma. Logrando así, una mejor y breve recuperación y un menor número de complicaciones potenciales durante su estancia hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificación temprana de pacientes mayores de 60 años con problemas de autoestima.
- Elección de la escala más apropiada para la cuantificación de la autoestima, así como su puesta en marcha, en al menos un mínimo de 40 pacientes.
- Mantenimiento o consecución del nivel óptimo de autoestima del paciente mayor de 60 años, obteniendo una estancia hospitalaria de mayor calidad, evitando posibles complicaciones potenciales y logrando una mayor implicación tanto del personal como del paciente y su entorno social.
- Identificación de las intervenciones más adecuadas en el paciente mayor de 60 años hospitalizado con el diagnóstico de baja autoestima situacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Proyecto encaminado hacia las acciones de mantener un funcionamiento normal para mejorar el estado de ánimo, suprimir síntomas evitando el dolor y el sufrimiento que estos producen, lograr la mínima interrupción de actividades, trabajo y responsabilidades, minimizar las consecuencias producidas en la vida familiar y colaborar en el proceso de recuperar la salud descubriendo los puntos fuertes y débiles de nuestra personalidad.

Por otro lado un aspecto muy importante es la prevención frente a este trastorno del ánimo la cual se puede llevar a cabo mediante acciones como el equilibrio afectivo, controles periódicos, realización de las escalas que valoran la autoestima, limitar la soledad, tener capacidad de afrontamiento, fortalecer vínculos personales, aprender a pedir ayuda o tener hábito de una actividad o ejercicio físico, entre otras.

Para llevar a cabo dichas acciones se intentará contar con la colaboración activa tanto del personal sanitario de la unidad de MIC, como de los familiares/cuidadores del entorno de cada paciente. Además el uso de recursos materiales como material didáctico para la evaluación de la autoestima de los pacientes (escalas), para su seguimiento durante la estancia hospitalaria y para la formación en este ámbito. Todo ello quedará reflejado y analizado en las reuniones con carácter mensual entre los miembros del equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La evaluación del proyecto y objetivos será llevada a cabo mediante los indicadores cuantitativos y cualitativos:

- Número de pacientes mayores de 60 años a los que se les ha aplicado la escala de valoración de la autoestima, siendo el nivel mínimo de 40 pacientes.
- Número de pacientes estudiados en el proyecto entre los cuales su entorno social cercano se muestra participativo en las acciones de autoestima.
- Porcentaje de pacientes mayores de 60 años evaluados con resultado de nivel bajo, medio o alto de autoestima.
- Porcentaje de pacientes con resultado de baja de autoestima, con incremento del nivel de esta-, tras la aplicación de las intervenciones.
- Porcentaje de pacientes con resultado de media o elevada autoestima, con disminución del nivel de esta, tras

Proyecto: 2019_1001 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

la aplicación de las intervenciones.

- Número de reuniones entre los miembros del proyecto, siendo el nivel estándar de una cada mes.
- Participación y colaboración del resto del personal de la unidad.
- Incremento del nivel de satisfacción de paciente y familia durante la estancia hospitalaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se prevé una duración anual del proyecto, con fecha de inicio desde la aprobación y con fecha fin de un año desde su inicio, con opción de duración prorrogable.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: Equipo multidisciplinar del servicio de MIC.
Recursos materiales: Material didáctico y zona de reuniones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología causante de la estancia hospitalaria.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1029 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES " DEL HCU LOZANO BLESÁ

2. RESPONSABLE EUGENIA ALMERIA FERNANDEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- HERRERA SERRANO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CELMA MORALES ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
- ESTERUELAS CUARTERO PAULA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- MONCHE PALACIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
- RUIZ GARCIA MARIA DOLORES. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- SANZ SANMIGUEL CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Ante la necesidad de reducir el tiempo de duración de los Talleres para Cuidadores, se plantea revisar el power point, recortando lo innecesario, actualizar los contenidos, dividirlos por temas y bloques y añadir alguna diapositiva nueva con los contenidos apropiados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Adecuar los contenidos del power point a las necesidades actuales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión de bibliografía

Adecuar los contenidos

Reuniones para la puesta en común y consensuar con el grupo los cambios a realizar

Editar e implementar su uso en los Talleres para Cuidadores.

Añadir a la encuesta de satisfacción las preguntas consensuadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

nº de asistentes al taller de cuidadores que responden la encuesta / nº de asistentes totales al taller de cuidadores

nº de asistentes que les parece correcta la duración/ nº total de asistentes al taller de cuidadores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019: búsqueda bibliográfica . ANA M MONCHE, ROCIO CELMA

Y CARMEN SANZ SAN MIGUEL

Junio 2019 Revisión y Edición del POWER POINT y puesta en común, Pilar Perez, Eugenia Almeria y Ana Isabel Herrera

Julio 2019 Introducción de preguntas en la encuesta de satisfacción

Paula Esteruelas y Ana Monche Y M Dolores Ruiz

Septiembre-Octubre 2019 Implantación del nuevo Power en los Talleres y recogida de información en las Encuestas .

Todo el grupo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Soporte informático

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crónico dependiente

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_1043 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RODRIGO AYLAGAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· AGUILERA ENGUITA NATALIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· OLMOS BAQUEDANO CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CASTELLANO PALLARES ELSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· TOYAS MIAZZA CARLA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESPUELAS MONGE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La complejidad de manejo del paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna C requiere de una serie de conocimientos y habilidades que no están al alcance de un único profesional, por tanto se hace imprescindible el trabajo en equipo, que permita un abordaje completo e integral de las necesidades del enfermo. A esto se le suma que la unidad de MIC, es una planta con continuos cambios de personal debido a la carga de trabajo, por lo que se hace complicado formar un equipo interdisciplinar sólido. Se define como equipo interdisciplinar el que está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependientes e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Ventajas del trabajo en equipo:

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo de salud es una de las variables sobre las que pivota la calidad asistencial, teniendo una relación directa sobre:

1. Los resultados en el paciente.
2. Los eventos adversos.
3. Las estancias hospitalarias.
4. El estrés de los profesionales.

Este proyecto de mejora nace de la iniciativa de varios profesionales de la unidad de MIC para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes ingresados. Para ello, la propuesta es la puesta en marcha de REUNIONES DIARIAS DEL EQUIPO MEDICO Y ENFERMERIA, con el fin de establecer una comunicación fluida en relación a la información obtenida del estado y la situación clínica de los enfermos y en relación también a la toma de decisiones conjuntas sobre las actuaciones que cada uno de los profesionales del equipo debe llevar a cabo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este proyecto de mejora va dirigido directamente al personal que trabaja en la unidad de Medicina Interna C y con él queremos conseguir los siguientes objetivos:

- 1- Mejorar las relaciones entre el personal que forma el equipo interdisciplinar.
- 2- Disminuir complicaciones en la asistencia, relacionadas con la falta de comunicación.
- 3- Aumentar la calidad en la atención de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Se van a realizar sesiones diarias, de lunes a viernes, entre el personal médico y el de enfermería (incluidos enfermeros y técnicos auxiliares).

- Se realizarán planilla con información relevante del paciente.

- Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales que participen en el proyecto (tipo likert).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- El indicador será el número de reuniones realizadas en el año, teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no se realizarán.

Proyecto: 2019_1043 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Las mediremos mensualmente, con un estándar de 14.

- Conseguir mejorar la relación entre los miembros del equipo, midiendo con una escala tipo likert. Pasaremos esta escala al inicio, a mitad y al finalizar el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración de un año.

Caleendario de actividades:

- Marzo y abril: elaborar el proyecto, planilla y escala.
- 10 de abril puesta en marcha las sesiones y pasar escala de satisfacción.
- Cada mes resumen de sesiones.
- Octubre: Volveremos a pasar escala de satisfacción al personal.
Resumen de sesiones de 6 meses.
- Abril 2020: Fin proyecto, pasar escala de satisfacción y medir el numero total de sesiones.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Una sala para reunirnos.
- Escala para medir la satisfacción de los profesionales.
- Hoja de resumen de sesiones mensual.
- La disponibilidad de todos los profesionales (médicos, enfermeros y tcae)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. el proyecto va dirigido a los profesionales de la planta
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0517 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

2. RESPONSABLE IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- POZO RINCON ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - MARECA DOÑATE ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - PITARQUE PEÑIFER FERNANDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - RODRIGUEZ LUANGO ROSARIO. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El absentismo del paciente a sus citas programadas representa un importante obstáculo en el coste-efectividad de la asistencia sanitaria, así como en la seguridad de los pacientes. Entre otras situaciones, genera infrautilización de recursos (humanos y materiales), costes derivados de proporcionar nuevas citas, incremento de listas de espera e implicaciones negativas en la salud por posibles retrasos diagnósticos, terapéuticos o implementación de medidas preventivas. Por ello, diversos autores consideran que su evaluación ha de ser parte del control de la calidad para la mejora continua, ya que representa un indicador de la gestión hospitalaria.

En un estudio realizado en nuestra consulta de vacunas se ha detectado una tasa de absentismo del 12,5% (73/582); en particular, dicha tasa fue del 13,7% (34/249) en primeras citas y del 11,7% (39/333) en citas sucesivas. Todo ello supone el haber detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:

- Adecuación a la sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro, en relación a integrar la herramienta Salud-Infirma en la gestión de nuestras citas
- Gestión eficiente de recursos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Reducir el absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta de vacunas.
- Reducir el absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta de vacunas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Integrar la herramienta Salud-Infirma en la gestión de nuestras citas.
- Promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta.
- Recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas.
- Incluir en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado.
- Monitorizar la frecuencia de absentismo de nuestros pacientes tras implementar las medidas descritas anteriormente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta (<6%)
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta (<6%)

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-Abril: Integrar la herramienta Salud-Infirma en la programación de nuestras citas. Verificar que funciona adecuadamente y que se envían los sms recordando las citas a los usuarios que tengan activo dicho sistema (responsables: I. Hernández, Jose Ignacio García y Fernando Pitarque)
- Mayo-Junio: Elaboración de material específico para promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta. Inclusión en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado. (Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Rosa Mareca, Fernando Pitarque y Rosario Rodríguez)
- Julio-Octubre: Implementación de las medidas de mejora para intentar reducir el absentismo (distribuir el díptico informativo actualizado a los pacientes, promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre los pacientes atendidos en nuestra consulta y recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas). Monitorización del absentismo de pacientes. (Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Jose Ignacio García, Rosa Mareca y Fernando Pitarque).
- Noviembre-Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y cuantificación de los indicadores).

Proyecto: 2019_0517 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

(Responsable: I. Hernández).

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos específicos para desarrollar este proyecto de mejora.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0660 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

2. RESPONSABLE JAVIER MOLINER LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AIBAR REMON CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· YAGUE ALVAREZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TEJERO TOMAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· POZO RINCON ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· HERNANDEZ GARCIA IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Hospital Clínico está adherido desde hace 5 años al Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SiNASP), tiempo en el que se ha consolidado la notificación y el análisis de incidentes de seguridad como una actividad útil para aprender y mejorar.

Con el impulso de la Comisión de Seguridad y Mortalidad se realizan actividades de divulgación que tratan de fomentar la notificación de incidentes y eventos adversos y el análisis de causas. Este impulso ha llevado a que en algunas áreas del Hospital, como el Servicio de Urgencias, se haya implantado desde hace más de un año un sistema propio de notificación y análisis de incidencias que cuenta con la participación de un número elevado de profesionales, y que es considerado un caso de éxito.

Los sistemas de registro de incidencias (problemas en el proceso de asistencia, independientemente de si hubo daño al paciente) son obligatorios para los hospitales de algunos países, en Holanda desde el año 2016, y sirven para el registro de casos sobre todo por parte del personal de enfermería (De Vos et al. BMJ Quality & Safety 2018)

Los términos conceptos de "Incidencia" y "No conformidad" son utilizados en el sistema de la normas ISO para registrar los casos en que se han cumplido los criterios de calidad. Aunque en el Servicio de Medicina Preventiva no tenemos normalizados por escrito todos los procedimientos necesarios para obtener la certificación ISO, podríamos crear un procedimiento de registro y análisis de las incidencias que detectamos en nuestro ámbito de actuación. Con la finalidad de identificar las oportunidades de mejora que se encuentren en nuestro campo de trabajo, definiremos las "incidencias" como los episodios en el funcionamiento del Servicio en que identificamos un fallo que se podría haber evitado si hubiéramos actuado de otra manera o si los sistemas de trabajo fuesen otros.

Como para mejorar primero hay que medir, proponemos mantener un registro de incidencias que puedan cumplimentar todos los profesionales del Servicio, con el objetivo de cuantificarlas, analizar cada caso dentro del grupo de mejora del Servicio, distinguir entre casos esporádicos y casos frecuentes, y evaluar si como consecuencia del análisis conviene modificar algún sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

o Conocer qué casos en los que se identifican problemas en trabajo del Servicio (retrasos en la asistencia, pérdidas de información y de esfuerzos, incidentes), se considera que son mejorables y tienen una posibilidad de aprendizaje y de mejora.

o Cuantificar la frecuencia y los tipos de incidencias detectados, así como las propuestas de mejora asociadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Una incidencia es un hecho que cualquier componente del SMP ha observado en su trabajo, y del que considera que se puede obtener un aprendizaje.

La finalidad del registro es conocer la frecuencia de determinados tipos de problemas, y dar a todos la posibilidad de anotar los casos para un análisis posterior en las reuniones del Servicio.

El formato inicial del registro es simple, con solo dos datos: 1. Descripción de los hechos (respondiendo a la pregunta ¿qué ocurrió?) y 2. Propuestas de aprendizaje y/o cambios de procedimientos de actuación, (respondiendo a cuestiones como "¿qué cambiarías?" o "esto no hubiera pasado si...").

Generar un registro de los casos a través de un formato de fichero de texto, un solo fichero compartido por todos los profesionales del Servicio, en el que todos pueden escribir las incidencias observadas.

El fichero de texto estará en un espacio del cajón común, accesible para todos.

Una o dos personas del grupo de mejora se ocuparán cada mes de leer los casos registrados y pedir aclaraciones en caso necesario, y hacer un resumen y análisis para la reunión periódica.

Se llevará un recuento de los casos analizados en las reuniones del Servicio de los viernes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

o Número de incidencias registradas cada mes

o Número de incidencias analizadas cada mes en el grupo de mejora

o Número de incidencias al mes en que, tras el análisis, se produce un cambio.

Proyecto: 2019_0660 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 01/04/2019

Fecha de fin: 31/12/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos adicionales.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION (HLYD): ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

2. RESPONSABLE MANUELA FELIX MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO LATORRE ARACELI. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD. HOSTELERO. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSTELERIA
· LAGUIA MARTIN PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PAESA GARZA MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· PEREZ BENDICHO PEÑA. INGENIERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ELECTROMEDICINA
· PRIETO ANDRES PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TEJERO TOMAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las IRAS son un problema importante para los pacientes que las padecen y el sistema sanitario. El último estudio EPINE (Prevalencia de infección nosocomial de España), indica que entre un 5% - 10% de pacientes hospitalizados desarrollan estafilococosis.

La limpieza y desinfección de suelos, superficies y en especial de los materiales sanitarios que contactan con los pacientes, se considera como una medida necesaria para evitar la transmisión de infecciones en los pacientes

Contar con equipos de vigilancia prevención y control de las infecciones, programas de higiene, limpieza y desinfección del entorno sanitario y de los materiales y equipos médicos son herramientas clave para mejorar las IRAS.

Las tareas de HLYD las realizan diferentes personas: personal de limpieza, de enfermería u otros profesionales de los centros sanitarios. Se requiere la coordinación entre ellos y sus responsables.

El alto coste de los equipos médicos, las indicaciones para un buen mantenimiento higiénico de los mismos y las prácticas observadas para su limpieza y desinfección hace que nos planteemos si son efectivos los procesos de limpieza y desinfección que se están realizando en estos momentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Difundir el Procedimiento de HLYD de superficies y mobiliario del Bloque quirúrgico (revisado y actualizado en 2018).
- Elaborar el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario Hemodinámica.
- Implementar el HLYD de alto nivel de la sonda transductora vaginal-rectal.
- Continuar con la coordinación establecida con el Servicio de electromedicina, para mejorar el cuidado de materiales y equipos médicos, durante las tareas de limpieza y desinfección.
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de limpieza y desinfección de materiales y equipos médicos
- Atender a las consultas de higiene, limpieza y desinfección de material sanitario y equipos. Conocer si las prácticas que se están realizando son efectivas y seguras de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva y de Electromedicina.
- Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario del Bloque quirúrgico (revisado y actualizado en 2018).

Elaborar y difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario Hemodinámica
Implementar el procedimiento de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transductora vaginal-rectal. (Esta sujeto a la compra de producto)

Revisar junto con el Servicio de electromedicina y las casas comerciales de los materiales y equipos médicos, los productos de limpieza y desinfección para que no dañen a estos equipos asegurando la efectividad del proceso de limpieza y desinfección.

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las prácticas que se están realizando y mejorarlas si procede.

Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario del Bloque quirúrgico (revisado y actualizado en 2018). SI

Elaborar y difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario Hemodinámica. SI
Implementar el procedimiento de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transductora vaginal-rectal. (Esta sujeto a la compra de producto). SI

Revisar junto con el Servicio de electromedicina y las casas comerciales de los materiales y equipos médicos, los productos de limpieza y desinfección para que no dañen a estos equipos asegurando la efectividad del

Proyecto: 2019_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION (HLYD): ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

proceso de limpieza y desinfección.SI

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.SI

Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario del Bloque quirúrgico (revisado y actualizado en 2018). Primer semestre 2019

Elaborar y difundir el Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario Hemodinámica. Primer semestre 2019.

Implementar el procedimiento de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transdutora vaginal-rectal. (Esta sujeto a la compra de producto). Primer semestre 2019.

Revisar junto con el Servicio de electromedicina y las casas comerciales de los materiales y equipos médicos, los productos de limpieza y desinfección para que no dañen a estos equipos asegurando la efectividad del proceso de limpieza y desinfección.SI, todo el año

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.SI, todo el año

Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.SI, todo el año

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponer de nuevos productos que facilitan y optimizan el tiempo de la limpieza y desinfección.

Apoyo de una enfermera en M. Preventiva

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARECA DOÑATE ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - YAGUE ALVAREZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - FELIX MARTIN MANUELA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - ROMAN CALDERON FRANCISCO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - LAGUIA MARTIN PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - PRIETO ANDRES PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - AIBAR REMON CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global. Este sistema consume una gran cantidad de recursos humanos. Ante la situación cambiante en el entorno sanitario, la vigilancia y control de la Infección Nosocomial necesita adaptarse a estas nuevas situaciones: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc. A nivel institucional además se pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales y las IRAS (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria). Por un lado, el Ministerio de Sanidad ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo - Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional). Por todo ello, en 2018 se realizó la revisión del actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, y se plantearon las bases para su adaptación a las líneas de trabajo autonómica y nacional. Se han definido las áreas prioritarias, así como las oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones, y en 2019 se pretende su implementación y consolidación:

- Sistema de vigilancia y control de la infección quirúrgica.
- Vigilancia y control de Bacteriemias.
- Vigilancia y control de pacientes con GMR.
- Estudio EPINE y estudios de prevalencia.
- Vigilancia y control de infección en UCI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:

- Sustitución del actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, por otro sistema más específico y eficiente, de acuerdo a las áreas prioritarias y a las líneas definidas tanto por el MSCBS como por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que finalmente deben modificarse, incorporarse y derogarse.
- Definir detalladamente los procesos de Vigilancia de IN seleccionados.
- Implantar dichos procesos y evaluar su cumplimiento, para realizar las correcciones y adaptaciones necesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:

1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN definidos inicialmente y adaptación a los planteamientos nacionales y autonómicos (estos últimos todavía no finalizados).
2. Redacción definitiva y detallada de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
3. Implementación de los cambios.
4. Evaluación de resultados: aplicabilidad real de los procesos definidos y adaptación consiguiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

Objetivos e Indicadores:

- Definir los procesos de Vigilancia y Control de IN que finalmente se adopten: Documento específico para cada una de las 5 áreas definidas. (%)
- Implementación del Sistema de Vigilancia y Control global: listado de todos los indicadores definidos en cada uno de los 5 procesos y recuento de su medición (% de indicadores medidos sobre los planteados)
- Evaluación del Sistema de Vigilancia y Control: índice sintético de cada uno de los 5 procesos (media

Proyecto: 2019_1317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

ponderada de los indicadores incluidos en cada proceso).

- Informe final: evaluación de la implementación de los 5 procesos, y plan de mejora específico para cada uno de ellos (modificaciones necesarias, cronograma de adaptación, etc)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril-Mayo: Revisión conjunta con personal de enfermería de los 5 procesos definidos.
- Mayo-Junio: Redefinición de los procesos de vigilancia y control, de acuerdo a la redistribución de trabajo del personal médico y de enfermería.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos.
- Enero-2020: Evaluación final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

PROYECTO QUE CONTINÚA DESDE 2018

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0098 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MENDOZA LOPEZ CLAUDIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MATOVELLE OCHOA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CONDADO CONDADO HECTOR. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PERERA LERIN ANA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SOLER LUQUE LAURA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· IBÁÑEZ DELER ALEJANDRO. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una de las funciones principales del laboratorio de Microbiología es el diagnóstico de la bacteriemia o de la fungemia. Bacteriemia y fungemia son complicaciones graves de las infecciones y pueden asociarse a una elevada mortalidad. Es necesario conocer el foco de infección e instaurar un tratamiento antibiótico. Desde el laboratorio de Microbiología, a través de informes preliminares podemos proporcionar información al clínico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes. El clínico espera un diagnóstico rápido, que contribuya a la toma de decisiones en aquellas situaciones que así lo precisen.

Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

En 2018 se enviaron informes preliminares del 59,8% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 96,7% de los pacientes con hemocultivos positivos. Esperamos conseguir resultados similares durante este año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizamos los siguientes informes preliminares:

- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación y una vez detectado crecimiento
 - Identificación a partir de cultivos con resultados significativos.
 - Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.
- En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva. Además, se contacta telefónicamente con el busca 710566 en caso de pacientes hospitalizados en UCI Central. Para información del resto de pacientes se contacta por teléfono con el médico responsable del paciente o con los facultativos del grupo PROA bacteriemia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

50% de los hemocultivos positivos con informe preliminar Los datos estarán disponibles en el laboratorio. Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑA NEBRA ANA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El laboratorio de Microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de pacientes tanto hospitalizados como extra-hospitalarios.
La información debe ser conservada no solo para ser recuperada cuando sea necesaria con fines asistenciales, sino que además la legislación española establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no sea necesariamente en el soporte original.
En la actualidad los volantes de petición de los hemocultivos positivos junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología durante tiempo indefinido, a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAD.El motivo es evitar que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, pruebas complementarias, antecedentes, contactos con facultativos responsables de paciente.....

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Escaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados. Conservación en archivos digitales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
99% de los hemocultivos escaneados
Documentación disponible en el servicio de Microbiología

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
01/01/2019 al 31/12/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0215 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

2. RESPONSABLE JOAQUINA GIL TOMAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- ARANSAY LOPEZ RAQUEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- QUEROL ALQUEZAR NATIVIDAD. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- RAMIREZ SOGUERO MARIA LUZ. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- RODRIGUEZ ANDIA MARIA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- FIGUER MONTERO NATIVIDAD. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La gripe está producida por los virus Influenza tipos A, B y C. Se caracteriza por su alta contagiosidad y su aparición en brotes anuales durante los meses fríos. Habitualmente se presenta de forma autolimitada, pero puede dar lugar a cuadros de vías respiratorias con repercusión sistémica y complicaciones graves. Tiene distribución mundial y puede afectar a todas las edades, siendo de especial importancia en ancianos, niños menores de 2 años, embarazadas, inmunodeprimidos y pacientes con enfermedades crónicas en quienes puede ocasionar cuadros graves e incluso la muerte.

Las epidemias anuales son consecuencia de las variaciones de los subtipos de virus A y con menor frecuencia del virus B. En la actualidad las cepas circulantes mas frecuentes son los subtipos A (H1N1) pdm 09 y A (H3N2) y el virus B.

La actividad de los virus gripales suele comenzar en los meses de noviembre y diciembre y puede extenderse hasta el mes de mayo, con un pico máximo en los meses de enero y febrero; si bien, pueden existir pequeñas variaciones en los diferentes años. Son indicadores de gripe: el número de consultas de pacientes ambulatorios con enfermedad similar a la gripe, los informes de hospitalización y fallecimiento por gripe y los resultados de las pruebas del laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocimiento de la evolución de la gripe en el HCU Lozano Blesa, con actualización semanal, durante la epidemia anual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización diaria de la técnica a demanda.
Exportación de datos desde el SIL.
Elaboración de estadística semanal de los resultados de la PCR de gripe/VRS rápida.
Informe semanal a todos los Servicios del Hospital y Equipo de Dirección

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recuento de casos positivos, negativos e indeterminados para gripe A, B y VRS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 de enero-30 de abril de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

2. RESPONSABLE RAFAEL BENITO RUESCA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• VITORIA AGREDA ASUNCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• CAMEO RICO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• KHALIULINA TATIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• MUÑOZ MUÑOZ LARA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• FERREIRA FERREIRA INGRID. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.
Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e impropiedades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Contribuir a la reducción del gasto sanitario y a la utilización eficiente de recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Verificación de datos demográficos del paciente:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.
- Introducción "homologada" de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:
- Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi ("El", antes del apellido o tras el nombre), etc.
- Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócope, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás).
- El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
-- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas impropiedades mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y "educar" al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud impropiedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Recuento de las pruebas rechazadas.
Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1de enero-31 de diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

no precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0667 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DIAGNOSTICO RAPIDO MICROBIOLOGICO EN MENINGOENCEFALITIS

2. RESPONSABLE SONIA ALGARATE CAJO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SAHAGUN PAREJA JUAN. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MENDOZA LOPEZ CLAUDIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MATOVELLE OCHOA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- PERERA LERIN ANA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- SOLER DUQUE LAURA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- IBÁÑEZ DELER ALEJANDRO. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. El FilmArray Meningitis/Encefalitis (ME) panel es una prueba de diagnóstico multiplexada y cualitativa de ácido nucleico in vitro que permite la detección e identificación simultáneas de 14 posibles patógenos directamente de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenidos a través de una punción lumbar procedente de individuos con signos o síntomas de meningitis o encefalitis en aproximadamente una hora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un diagnóstico etiológico precoz de meningitis o encefalitis para facilitar un tratamiento adecuado y a tiempo, mejorando el cuidado y la gestión del paciente.

Se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR procedentes de los Servicios de Pediatría, Urgencias, UCI e Infecciosos, en los cuales se concentran la mayor parte de meningitis o encefalitis en nuestro hospital. La técnica será empleada con los mismos criterios en LCR procedentes del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las muestras serán procesadas con las técnicas de diagnóstico microbiológico habitual utilizadas hasta el momento. Adicionalmente, se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR de los servicios indicados. En pacientes con sospecha clínica de meningoencefalitis, bioquímica compatible y/o tinción de Gram directa de LCR sugestiva procedentes de otros servicios, se realizará la técnica de diagnóstico precoz.

Se informará telefónicamente del resultado de la prueba o del rechazo de la misma y se validará en el sistema informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Medición del tiempo de información de resultado tras la recepción de LCR y análisis de los resultados microbiológicos, con las técnicas disponibles hasta ahora y con el ensayo FilmArray ME.

El 80% de los resultados con FilmArray ME estarán disponibles al menos 48 horas antes que con las técnicas de diagnóstico empleadas actualmente

Los datos estarán disponibles en el laboratorio y se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 de Enero a 31 de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0684 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LAVILLA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CONDADO CONDADO HECTOR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ YANGÜELA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GREGORIO SANCHEZ IRENE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MUÑOZ MUÑOZ LARA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· KHALIULINA TATIANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERREIRA FERREIRA INGRID. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de Salud Pública a nivel mundial tanto en términos de morbilidad como mortalidad, debido a las complicaciones y secuelas que pueden producir si no se diagnostican y se tratan rápida y correctamente. Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, por lo que la variedad de técnicas empleadas para su diagnóstico es muy variada. Esto genera constantes dudas acerca de las muestras y contenedores más adecuados para cada uno de ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Según el síndrome clínico del paciente, se utilizarán unas determinadas herramientas y técnicas microbiológicas u otras, para el diagnóstico de las ITS.

Se elaborará un cartel con una breve explicación y fotos de los contenedores adecuados para cada tipo de muestra, técnica y microorganismo. El objetivo posterior es distribuir este cartel por las consultas hospitalarias que atienden con más frecuencia a pacientes susceptibles de padecer una ITS (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará el cartel en el Sº de Microbiología (facultativos, residentes, TEL). Tras consultar con los Servicios citados previamente, se tendrán en cuenta sus sugerencias y se modificará el cartel si procede. Posteriormente se procederá a su distribución definitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realizar cartel si/no. Sí realización, 100%. No realización, 0%
Distribución a los Servicios (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología). Estándar: distribución al 80% de los Servicios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realización del cartel y distribución posterior entre marzo y julio 2019.
Responsables de realización e implantación: Héctor Condado (R3 Microbiología) y Mª José Lavilla (FEA Microbiología).

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión en color.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infecciones de Transmisión Sexual
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0884 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL Sº DE MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE ELENA SANCHEZ YANGÜELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CAMEO RICO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• BELTRAN ROSEL ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• VITORIA AGREDA ASUNCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• LACARRA GARCIA NATALIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
• FRESNEÑA FRIAS MARIA BELEN. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las unidades de cuidados intensivos necesitan tener lo más precozmente posible los resultados de los cultivos microbiológicos .A través de informes preliminares podemos proporcionar información al clinico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes. Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actuación dirigida a informar resultados preliminares de los urocultivos positivos de todos los pacientes ingresados en las UCI que pueda contribuir al diagnóstico o tratamiento de los mismos., ayudando al facultativo responsable en la toma de decisiones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se elabora el informe especificando ``Informe preliminar`` y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

75% de los urocultivos positivos con informe preliminar. los datos estarán disponibles en el laboratorio. Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0816 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (2ªFASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

2. RESPONSABLE PABLO IÑIGO GIL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALVAREZ LIPE RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- BERNI WENEEKERS ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- MARTIN AZARA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- GAMEN PARDO ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- PEÑA PORTA JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
- BERGASA LIBERAL BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA 1ª FASE DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMÉNEZ (UHDIJ) SE REQUIERE EL USO DEL 100% DE LA UNIDAD PARA SU RENTABILIDAD. DEBIDO A LA NECESIDAD DE REFORMAR LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL LOZANO BLESA (UHDLB) ES EL MOMENTO ADECUADO PARA EL USO DE LA UHDIJ COMO UNIDAD PROVISIONAL PARA LOS PACIENTES DEL LOZANO BLESA

ES NECESARIO REDIMENSIONAR LA UNIDAD HOSPITALARIA Y ADECUARLA A LOS REQUERIMIENTOS ESTANDARES INTERNACIONALES. EN EL IJ PODEMOS TAMBIÉN PONER A EN MARCHA UNA UNIDAD PERIFÉRICA DE DIALISIS PERITONEAL (DP) COMPLEMENTARIA DE LA HOSPITALARIA CON SUS CONSULTAS CORRESPONDIENTES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

PUESTA EN MARCHA DE LA SEGUNDA FASE DE LA UHDIJ.

PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD SATELITE DE DIALISIS PERITONEAL.

RE-ESTRUCTURACIÓN Y REDIMENSIONAMIENTO DE LA UHDLB DE CRÓNICOS Y AGUDOS.

RE-ESTRUCTURACIÓN DE LA SALA DE NEFROLOGÍA INTERVENCIÓNISTA

TODAS ESTAS ACTUACIONES VAN DIRIGIDAS A LOS PACIENTES EN HD QUE DEPENDEN DEL HCU LOZANO BLESA Y DE DP DE TODO EL SECTOR 3, ASÍ COMO LOS PACIENTES CON ERC AVANZADA Y CON FRACASO RENAL AGUDO EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

INFORMACIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS DEL PROCESO A REALIZAR. TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORONARIA SEGÚN PROCEDA... (PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS). LAS REUNIONES SON CONSTANTES CON DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA. RESPECTO A LA OFERTA GENERAL CRECEREMOS EN CUANTO A LA UNIDAD DE DP EN EL IJ

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

TRASLADO DE PACIENTES AL IJ . PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS A LA UNIDAD UCI CORONARIA. OBJETIVO SI/NO

INICIO DE OBRAS EN EL HCU SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO

FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019. SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO

UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES. SI/NO

UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO

UHDLB REFORMADA INCLUIDA UNIDAD DE AGUAS A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORONARIA EN MAYO/JUNIO 2019.

INICIO DE OBRAS EN EL HCU EN JUNIO 2019

FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019

UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES

UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019

UHDLB REFORMADA A PARTIR DE OCTUBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

LA REFORMA REQUIERE EL USO DE OTRAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS PARA LOS PACIENTES AGUDOS Y LOS QUE NO PUEDAN DESPLAZARSE POR LO QUE POSIBLEMENTE SE USARÁ LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (CORONARIA) DURANTE LOS 4 MESES DE REFORMA APROVECHANDO EL CIERRE DE CAMAS DURANTE LA ÉPOCA ESTIVAL. LA COORDINACIÓN DE TODAS ESTAS ACTUACIONES ES DE IMPORTANTE COMPLEJIDAD ORGANIZATIVA POR ESPACIOS, ALMACENES, TECNOLOGÍA Y DERIVACIONES DE AGUAS. EL RESTO DE NECESIDADES ESTÁN CUBIERTAS POR EL CONCURSO

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0816 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (2ªFASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE JOSE LUIS ORCASTEGUI CANDIAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- HERRERO JARQUE JOSE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- LOBO GALLARDO MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- MORALES MORALES JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- ROCHE ROCHE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- TELLER JUSTE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con la vista puesta en la próxima supresión de la Historia Clínica en papel y dentro de los planes de la Dirección del Centro se plantea la implantación de una nueva herramienta dentro de la Historia Clínica Electrónica, el Curso Clínico Electrónico, siendo designado nuestro Servicio para incorporarse a su uso y desarrollo durante 2019.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Iniciar la implantación del Curso Clínico Electrónico de la HCE en las Consultas Externas del Servicio de Neumología
2. Desarrollar plantillas específicas para cada Consulta

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Formación en la nueva herramienta para los facultativos que con actividad asistencial en Consultas Externas.
2. Planificación de la introducción del Curso Clínico Electrónico en la rutina asistencial de Consultas
3. Desarrollo de plantillas específicas para los distintos tipos de Consulta del Servicio, monográficas y generales.
4. Evaluación de problemas y propuestas de modificaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Anotaciones en Curso Clínico Electrónico en > 30% de las visitas de Consultas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril 2019: Sesiones formativas
Abril-Mayo 2019: Introducción en la actividad clínica habitual.
Septiembre 2019: Evaluación experiencia y propuestas de modificaciones.
Septiembre - Diciembre 2019: Desarrollo plantillas

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sesiones de formación específica sobre la nueva herramienta
Ajuste de número de citas y horario al iniciar implantación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUZMAN AGUILAR JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· HERNANDEZ BONAGA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· HURTADO ORTEGA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· MOLINA SANTA BARBARA SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio dispone desde el año pasado de nuevos pulsioxímetros que permiten realizar registros de oximetría nocturna o diurna. Se dispone también del software correspondiente instalado en alguno de los ordenadores del Servicio que permite la descarga, análisis y archivo de los estudios. La realización de registros de oximetría es de utilidad en el despistaje y diagnóstico de SAHS y en seguimiento de pacientes tratados con VMNI, CPAP nocturno y oxigenoterapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de indicaciones, procedimiento de realización, descarga de registros y análisis de oximetrías nocturnas en pacientes ingresados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación del grupo de trabajo.
Difusión del protocolo en el servicio
Puesta en marcha

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo escrito.
Estándar: 90% Oximetrías realizadas tras la puesta en marcha del protocolo o de acuerdo con el mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimestre 2019: Elaboración protocolo
Segundo trimestre 2019: Activación protocolo.
Diciembre 2019: Evaluación resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0593 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

2. RESPONSABLE MARIA HERNANDEZ BONAGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GUZMAN AGUILAR JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
• HURTADO ORTEGA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
• MORALES MORALES JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

? En el año 2013 se elaboró el documento CIRCUITO DE DERIVACIÓN Y CANALIZACIÓN DE PACIENTES CON SOPORTE VENTILATORIO por parte de un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por miembros de nuestro Servicio. Este documento ha sido la base sobre la que se creó y ha venido funcionando la Unidad de Ventilación No Invasiva del Servicio de Neumología. Sin embargo durante estos años se han producido cambios organizativos y en las infraestructuras y medios técnicos disponibles que aconsejan revisar y renovar el documento a partir de la experiencia de estos años y de los planes de futuro desarrollo de la Unidad de VMNI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actualizar en proceso de canalización y derivación compartida de los pacientes que precisan VMNI

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Constitución del grupo de trabajo y planificación de la actividad
2. Desarrollar borrador del documento
3. Discusión del borrador a nivel de Servicio
4. Presentación a dirección

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Protocolo escrito y consensuado con Dirección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Segundo trimestres 2019. Trabajos.
- Tercer Trimestre 2019. Borrador documento.
- Cuarto trimestre Documento final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria

10. OBSERVACIONES.

Este proyecto debe ir en paralelo con el desarrollo de nuevas infraestructuras y medios técnicos para la Unidad de VMNI

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0594 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DE CME INOCENCIO JIMENEZ

2. RESPONSABLE JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRERO JARQUE JOSE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· LOBO GALLARDO MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Análisis de situación. Pertinencia del proyecto (*)

Durante el año 2018 se ha consolidado la Consulta Virtual en la actividad ambulatoria de nuestro Servicio, habiendo permitido resolver un número importante de solicitudes de consulta desde AP sin necesidad de desplazamiento a la Consulta o derivando directamente hacia la Consulta Monográfica correspondiente.

Nos planteamos mejorar la capacidad de resolución de la Consulta Virtual aumentando el número de consultas resueltas sin visita presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Consolidar la Consulta Virtual en la asistencia ambulatoria de nuestro Servicio.
2. Incrementar el número de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

No precisa introducción de nuevas actividades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Más de 25% de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019.

Inicio desde Enero de 2019-

Evaluación resultados Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se requieren recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2019_0595 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE PABLO TELLER JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROCHE ROCHE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La intervención en tabaquismo es una prioridad para el Sistema de Salud. La hospitalización del paciente fumador representa una magnífica oportunidad para la intervención antitabáquica por parte del personal sanitario. Tanto la Estrategia del Sistema Nacional de Salud como las recomendaciones y normativas de la Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) apoyan esta intervención

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos: Implantación del Plan de Abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo en pacientes fumadores hospitalizados en planta de Neumología. Incluyendo:

- a.- Registro de consumo de tabaco actual. Indicador: Indicador Registro > 90%.
- b.- Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.
- c.- Propuesta de Actuación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1. Encuesta sobre consumo de tabaco y motivación para el abandono en pacientes ingresados.
- 2. Difusión del plan.
- 3. Ampliación de la oferta de consulta de deshabituación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Registro de consumo de tabaco actual en historia clínica >90%

Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.

Propuesta de Actuación

Planificación del tratamiento al Alta con inclusión en el apartado de Recomendaciones o Tratamiento del Informe de Alta. Indicador registro >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Febrero 2019: Encuesta tabaquismo y motivación en pacientes ingresados.
- Marzo-abril 2019: Inicio ampliación Consulta Desahabitación tabáquica.
- Diciembre 2019: Evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ampliación de Consulta de deshabituación tabáquica. Se creará una nueva consulta semanal en horario de mañana.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_1236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO OPTIMIZADO DEL HSD CRONICO EN ESTE CENTRO

2. RESPONSABLE JULIO ALBERTO ANDRES SANZ

- Profesión MIR
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
- COBOS DOMINGUEZ MELANIE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
- RUIZ GINES JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el pasado año se ha llevado a cabo un estudio del manejo actual de los HSD Crónicos en la población anciana. Como conclusión de dicho proyecto, se ha propuesto un algoritmo de manejo de los pacientes que debe ser implantado y evaluado

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Implantar un itinerario terapéutico para el manejo del HSD Crónico que reduzca los días de estancia hospitalaria innecesarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones con los equipos de radiología y UCI.

TC preferente postquirúrgico

Reintroducción temprana de medicación antiagregante anticoagulante bajo supervisión de internista de planta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Sexo

- Edad (años)
- Días de ingreso
- Puntaje en la escala de Markwalder al ingreso y al alta
- Puntaje en la escala de coma de Glasgow al ingreso y al alta
- Lateralidad del hematoma
- Espesor máximo
- Desplazamiento de la línea media
- Paciente antiagregado o anticoagulado.
- Fármaco que toma habitualmente
- Manejo posterior de la antiagregación / anticoagulación
- INR al ingreso
- Cirugía: sí / no,
- Técnica empleada
- Momento del acto quirúrgico: urgente, programado o diferido.
- Tipo de anestesia
- Postoperatorio en UCI o en planta
- Drenaje tras la cirugía
- Días hasta la retirada del drenaje.
- N° de TC de control
- Días hasta el primer TC de control
- Complicaciones médicas y quirúrgicas relacionadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2019-2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0069 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE CRISTINA IÑIGUEZ MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANTOS LASAOSA SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- CASTILLO LARIO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- RODRIGUEZ MENA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- GUZMAN CARRERA BEIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- URRALBURU TAINTA JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años se ha incrementado el número de ingresos programados desde los 114 en 2005 hasta los 295 en 2017. Muchos de estos son ingresos para estudio (motivados por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducir el número de ingresos programados del Servicio de Neurología, cuando dicho ingreso viene motivado por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Establecer un circuito asistencial que permita acelerar la realización de las exploraciones complementarias necesarias para el diagnóstico del paciente, evitando los ingresos para estudio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes en los que se ha aplicado el circuito diseñado.

Reducción en el número de ingresos programados para estudio con respecto al año anterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Actividad o tarea a seguir:

- 1.-Análisis de la situación de los últimos años. Responsables: Neurólogos.
 - 2.-Estudio de las necesidades. Responsable: Dr. Urralburu.
 - 3.-Diseñar circuito solicitud resonancia. Responsables: Neuro-radiólogos.
 - 4.-Diseñar circuito solicitud Neurofisiología. Responsables: Neurofisiólogos.
 - 5.-Establecer criterios de citación. Responsable: Dr. Urralburu.
 - 6.-Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario. Responsables: Todos.
 - 7.-Puesta en marcha del procedimiento. Responsables: Todos.
 - 8-Extensión a todos los miembros del Servicio de Neurología. Responsables: Neurólogos.
 - 9-Seguimiento del cumplimiento. Responsables: Todos.
- Duración: año 2019 para desarrollo e implantación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los disponibles ya.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS ROCHE BUENO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• SANTOS LASAOSA SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• ATIENZA AYALA SAIDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• MARIN GRACIA MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• GARCES ANTON ESTHER. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• NAVARRO PEREZ MARIA PILAR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la memoria del plan de mejora 2018_1777 (Implantación Hospitalaria de un grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica) recomendamos en las observaciones finales la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendaciones de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto incidíamos en la necesidad de una discusión precoz y abierta con los pacientes sobre las decisiones que previsiblemente tendrían lugar en la etapa última de la enfermedad.

En este contexto, hay que considerar que además de los síntomas clínicos de déficit motor en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, hasta un 50% de los mismos presentan dificultades cognitivas indicativas de una disfunción frontotemporal. Se manifiesta por disfunción ejecutiva, en el lenguaje y en el comportamiento social. De este último apartado, la apatía es la forma más frecuente de presentación, que se asocia a un peor pronóstico. También puede manifestarse con desinhibición, empatía reducida y comportamientos egocéntricos incrementados, así como comportamientos estereotipados y cambios en la dieta. Aunque sería óptimo para estos pacientes la realización de una exhaustiva evaluación neuropsicológica para identificar y caracterizar estos cambios cognitivos, los recursos clínicos no están siempre suficientemente disponibles. Por ello, diferentes herramientas de cribado han sido desarrolladas para su uso en la práctica clínica. La presencia de un deterioro cognitivo avanzado podría condicionar la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

El proyecto de mejora se encuadra en el abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Validación al español de la herramienta de screening ECAS (The Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen). Herramienta disponible en inglés que ha demostrado una fuerte correlación clínica.
- Realizar un estudio de cribado en los pacientes con ELA que ingresan de forma programada en las visitas multidisciplinares bi,-trimestrales o en pacientes de seguimiento en consultas hospitalarias.
- Fomentar, difundir e informar a los pacientes sobre el Documento de Voluntades Anticipadas.
- Describir las presentaciones clínicas de deterioro cognitivo
- Mejorar la calidad asistencial en estos pacientes
- Fomentar la investigación en este área

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Consolidación del grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Realizar una asistencia integral, incluyendo la evaluación neuropsicológica, a toda la población diana dentro del proyecto previo de implantación del equipo multidisciplinar (1177 de 2018).
- Mejorar la calidad de vida en la población diana.
- Adecuar la evaluación cognitiva, junto a familiares, en la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de pacientes en la población diana incluidos en el screening de deterioro cognitivo
- a. Estándar >85%
- % de pacientes informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población diana en fase no terminal y tras un diagnóstico establecido.
- a. Estándar >85%

Proyecto: 2019_0102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Marzo de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses tras el inicio del programa
Plan de comunicación del proceso: en Febrero de 2019
Continuará indefinidamente

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

2. RESPONSABLE MOISES GARCÉS REDONDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· ATIENZA AYALA SAIDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· BELLOSTA DIAGO ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años hemos sido testigos de numerosas novedades terapéuticas en el campo de la Esclerosis Múltiple (EM). Estos fármacos, conocidos como tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), tienen indicación para las diferentes formas clínicas clásicas de la EM: Recurrente-remite (RR), Primaria-Progresiva (PP), Secundaria-Progresiva (SP) y Síndrome Clínico Aislado (CIS).

En el año 2019 hay 14 productos autorizados en España como TME. Algunos comparten indicación en diferentes formas clínicas. Actualmente existen 14 fármacos para la forma RR, 4 para la forma SP, 1 autorizado recientemente para PP y 4 para el CIS.

Son productos con diferentes formulaciones, vías de administración, potenciales efectos secundarios y, sobre todo, precisan de un estudio de requisitos previos (check-list) a su administración.

Esta amplia variedad y peculiaridades de cada producto dificulta el proceso de decisión terapéutica en cada paciente, teniendo que ir valorando las características individuales de cada producto para intentar asegurar de idoneidad de su indicación.

Consideramos que la existencia de un protocolo unificado que reúna los requisitos mínimos y check-lists de todos los productos autorizados de forma conjunta y simplificada puede facilitar la toma de decisiones y, de forma secundaria, repercute positivamente en la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Redacción de un Protocolo Unificado de los tratamientos modificadores de la EM en la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.

- Facilitar la toma de decisiones al incluir en un solo documento todas las peculiaridades y necesidades previas al inicio con un TME
- Guiar la realización del check-list previo a su administración.
- Disminuir los riesgos específicos de cada TME al incluir los requisitos recomendados antes del inicio.
- Mejorar la seguridad del paciente al revisar riesgos potencialmente modificables.
- Guía que recoge la monitorización durante la administración y controles posteriores durante el seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Redacción de un protocolo unificado de manejo de fármacos modificadores de la EM
- Áreas de actuación del protocolo unificado
 - o Guía simplificada para facilitar la toma de decisión del TME indicado
 - o Check-list de cada TME en base a la ficha técnica y las recomendaciones del Grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología
 - o Monitorización durante la administración del tratamiento
 - o Controles periódicos durante el seguimiento posterior a la administración

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Grado de adecuación del contenido del documento de Protocolo Unificado a la ficha técnica de cada producto y recomendaciones de las sociedades médicas
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplica el check list del Protocolo Unificado previo al inicio de un TME (% sobre el total)
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplican las recomendaciones de monitorización y controles posteriores del Protocolo Unificado (% sobre el total)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Redacción del protocolo: Primer trimestre 2019. Incluye búsqueda bibliográfica de las características de cada TME y Guías del grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología.
- Aplicación práctica del protocolo: Abril a diciembre de 2019
- Análisis de indicadores: Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCION LUMBAR PROGRAMADA

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ATIENZA AYALA SAIDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· GARCES REDONDO MOISES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· SANTOS LASAOSA SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· HERNANDEZ NAVARRO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE SEMANA
· AZNAR CABEZA OLGA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE SEMANA
· SANZ FERRER VIRGINIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE SEMANA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La punción lumbar es un procedimiento médico para la obtención de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante fines diagnósticos o terapéuticos. Algunos de los pacientes valorados en las consultas externas son subsidiarios de la realización de esta prueba como parte del algoritmo diagnóstico-terapéutico. Es un procedimiento que dura unos 30 minutos y se puede realizar de forma programada y ambulatoria, a no ser que el estado del paciente requiera su hospitalización. Actualmente aquellos pacientes candidatos a realizar este procedimiento se ingresan de forma programada en el hospital con una nota manuscrita del médico responsable en consulta ambulatoria en la que se especifica el diagnóstico de sospecha clínica y la recomendación de realizar una punción lumbar para completar estudio clínico. No se dispone actualmente de un procedimiento operativo en el centro para la realización de esta técnica médica.

El ingreso hospitalario habitualmente es de unas 48 horas. Muchos de nuestros pacientes que ingresan para este procedimiento son personas en edad laboral o bien personas mayores que precisan soporte de sus hijos, también en edad laboral, lo que conlleva una ausencia al trabajo, que si bien está justificada, es en muchos casos reducible. Oportunidad de mejora: Los pacientes candidatos a la realización de una punción lumbar programada debieran ser informados por el neurólogo que decide la necesidad de realizar esta prueba, que obtendría el consentimiento informado, el cual puede revocar si lo considera adecuado. Para garantizar que la información médica se transmita adecuadamente y se proceda con seguridad, el neurólogo debiera emitir un informe en Historia clínica electrónica (HCE) y solicitar las pruebas analíticas en sangre y LCR, incluyendo hemograma y estudio de coagulación. De este modo en el momento del ingreso se podrían obtener las muestras de sangre con determinación de plaquetas y estudio de coagulación si se precisase.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal: Unificar y mejorar la pauta de actuación en el ingreso para punción lumbar programada, en la preparación del paciente y en los procedimientos de la técnica de punción lumbar.

Secundarios:

1. Reducir en número de estancias hospitalarias derivadas de realización de punción lumbar programada.
2. Aportar información segura y fiable del paciente a los neurólogos que van a realizar el procedimiento.
3. Proporcionar cuidados de calidad.
4. Prevenir efectos secundarios, fundamentalmente cefalea postpunción lumbar.
5. Aliviar la ansiedad del enfermo y sus familiares

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Crear un grupo de trabajo de neurólogos, personal de enfermería, y auxiliares de la planta de hospitalización del Hospital de semana.
2. Elaboración de un protocolo operativo para la realización de punciones lumbares programadas
3. Implementación del protocolo
4. Análisis de resultados tras 6 meses de aplicación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Disponibilidad del procedimiento, estándar 100%
2. Aplicación del procedimiento, estándar 80%
3. Reducción de estancias hospitalarias a 24 horas, estándar 80%
4. Control de la cefalea postpunción lumbar, estándar 60%

En todos ellos fuentes propias, a través de una base de datos propia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2019
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril-Mayo 2019
- Implementación en la práctica habitual: a partir de Junio 2019.
- Evaluación de resultados Diciembre 2019

Proyecto: 2019_0257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCION LUMBAR PROGRAMADA

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos nuevos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL MAURI LLERDA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- NAVARRO PEREZ MARIA PILAR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
- PASCUAL BIELSA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
- HOMS GIMENO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
- RODRIGUEZ MENA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- JIMENEZ CASADO MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El estatus epiléptico es una emergencia neurológica grave que requiere una atención inmediata, siendo vital su detección y su manejo. El pronóstico dependerá de la causa, la edad, el tipo de estatus y la duración del mismo. La mortalidad intrínseca es del 1-7%, aunque la mortalidad global puede llegar al 20% y en casos de EE refractario hasta al 50%.

Por ello, el tratamiento debe ser lo más precoz posible. El diagnóstico y el tratamiento deben ser continuos a lo largo de los primeros minutos hasta su resolución.

Se denomina estatus epiléptico refractario a aquel que persiste a pesar de la administración de dos fármacos adecuados intravenosos incluyendo una benzodiazepina.

Se denomina estatus epiléptico super refractario al que persiste 24 h después del inicio de fármacos anestésicos.

El manejo del estatus refractario y super refractario requiere asistencia en unidad de cuidados intensivos y atención multidisciplinar, siendo necesario ajuste de tratamiento y controles neurofisiológicos frecuentes.

En nuestro hospital estos pacientes son diagnosticados en urgencias o en neurología y son tratados en UCI. A pesar de la buena colaboración entre todos los servicios implicados en el manejo, se ha detectado déficit de consenso en la toma de decisiones, o en el uso de recursos por la ausencia de un protocolo específico de uso interno. En una patología tan grave, con una mortalidad tan elevada, creemos que es necesario mejorar todos los aspectos de la asistencia posibles.

El proyecto busca generar un grupo de trabajo que diseñe una forma de trabajo multidisciplinar que se concrete en un protocolo específico para el manejo del estatus epiléptico, estatus epiléptico refractario y super refractario en nuestro hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es crear un equipo de trabajo que colabore para la redacción de un protocolo de detección y manejo multidisciplinar de los pacientes con estatus epiléptico que ingresen en el Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Mejorar la atención a los pacientes con Estatus Epiléptico .
- Facilitar la coordinación entre especialidades en el manejo del Estatus Epiléptico.
- Creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar compuesto por las especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Estatus Epiléptico:
 - o Neurología
 - o Urgencias
 - o Cuidados Intensivos
 - o Neurofisiología Clínica
- Generación del protocolo por el equipo multidisciplinar
- Difusión del protocolo a la comunidad hospitalaria y publicación en la web interna del hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Creación del equipo multidisciplinar
- Generación del protocolo
- Generación de un registro interno de pacientes
- Difusión del protocolo
- Puesta en marcha del protocolo
- Porcentaje de pacientes manejados de acuerdo al protocolo >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación del equipo multidisciplinar: marzo 2019

Generación del protocolo: mayo 2019

Generación del registro interno de pacientes: mayo 2019

Difusión del protocolo: junio 2019

Puesta en marcha: junio 2019.

Evaluación de los pacientes incluidos en el registro: junio - diciembre 2019

Proyecto: 2019_0377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

El proyecto forma parte de un objetivo más ambicioso que es conseguir optimizar el manejo de los pacientes epilépticos en nuestro hospital buscando formas de trabajo cooperativo multidisciplinar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE MARTA ESCRIBANO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEO CASTEJON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· REDONDO MATE ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· LABORDA RUIZ MARIA PILAR. LOGOPEDA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología cerebrovascular es la más frecuente en la sala de hospitalización de Neurología. En la actualidad disponemos de 4 camas monitorizadas destinadas fundamentalmente a pacientes con ictus agudos que se han beneficiado de tratamientos de reperfusión o bien se podrían beneficiar de un plan de cuidados específico para mejorar los resultados de morbilidad, y de otras 6 camas destinadas preferentemente a pacientes con ictus agudos que no requieren una monitorización tan exhaustiva. En un futuro próximo es probable que se disponga de Unidad de ictus. En el momento actual no se dispone de un plan de actividades e intervenciones uniformes para pacientes con ictus, lo que determina una variabilidad de atención de enfermería a los pacientes con patología cerebrovascular.

Oportunidad de mejora: La organización del trabajo de enfermería en torno a Planes de Cuidados, mejoraría la calidad de los mismos, y unificaría la pauta de actuación de enfermería, lo que probablemente se traduciría en una disminución de la morbilidad de los pacientes con ictus.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Principal: Unificar el plan de actividades de enfermería en un paciente con ictus agudo según la gravedad clínica del mismo y el tiempo de evolución.

Secundarios:

1. Conocer las escalas Canadiense y de Rankin y su correcta cumplimentación.
2. Conocer y realizar el test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) sin variabilidad.
3. Favorecer la continuidad de cuidados, homogeneizando la actuación de enfermería a lo largo de toda la estancia hospitalaria de los pacientes con ictus
4. Promover el empoderamiento de las enfermeras en la toma de decisiones en estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Creación de un grupo de trabajo formado por neurólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la sala de hospitalización de Neurología.
2. Elaboración de un Procedimiento de Actuación de enfermería en pacientes con Ictus agudo.
3. Se planificarán sesiones de formación continua para enfermería y auxiliares con objeto de informar sobre aspectos básicos de patología cerebrovascular, así como conocer y saber aplicar las escalas Canadiense y Rankin.
4. Se realizará una nueva formación para recordar la correcta cumplimentación del test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) y sus implicaciones en la seguridad del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Creación equipo de trabajo, estándar 100%.
2. Elaboración del procedimiento de actuación, estándar 100%.
3. Porcentaje de cumplimentación escala canadiense y MECV-V en Gacela/Historia clínica electrónica.
4. Grado de satisfacción de enfermería, estándar 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Creación equipo de trabajo: Marzo 2019.
2. Elaboración procedimiento de actuación: Abril-Mayo 2019.
3. Implantación del procedimiento de actuación: Junio de 2019.
4. Análisis de resultados: Diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan recursos especiales para su puesta en práctica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0846 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

2. RESPONSABLE CARLOS TEJERO JUSTE
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANCHEZ VALIENTE SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• MARIN GRACIA MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
• GARCES ANTON ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

INTRODUCCIÓN:

Historia Clínica Electrónica

El Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ha colaborado con el Salud en la elaboración de los formularios de la Historia Clínica Electrónica dentro de un programa en el que están involucrados diferentes servicios de neurología de nuestra comunidad.

El programa busca facilitar la tarea del personal facultativo y de enfermería, permitiendo que la recogida de información se realice en un único entorno compartido con una interfaz muy visual, que a la vez sea capaz de volcar los datos a los informes.

Escalas de Valoración

En el caso de Neurología Vasculuar, eso contempla la posibilidad de incorporar a la historia clínica las diferentes escalas de valoración que utilizamos habitualmente, consiguiendo que la información sea mucho más precisa y que se minimicen las diferencias inter-observador.

Esfuerzo duplicado

El programa de Historia Clínica Electrónica es accesible a través de la intranet del Hospital, y es posible cumplimentarlo desde cualquiera de los ordenadores disponibles.

Sin embargo, la valoración de los pacientes se debe hacer a la cabecera del paciente, siendo recogida en formularios en papel que posteriormente se transcriben al ordenador, duplicando el tiempo dedicado a esa tarea u obligando a compartir documentos en soporte papel con soporte informático.

Otros soportes informáticos

Para poder realizar una cumplimentación de la Historia Clínica Electrónica en tiempo real, a la cabecera del paciente, es necesario utilizar un soporte informático diferente al ordenador de sobremesa.

En ese sentido, las Tablet convencionales permiten acceso al programa en la propia habitación del enfermo, facilitando el acceso a las pruebas complementarias y a la información registrada por el personal, a la vez que se accede a los registros de las escalas, permitiendo aumentar el tiempo de presencia del facultativo en la habitación del paciente (en lugar de tiempo en despacho) redundando en mejora de la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto consiste en implementar el pase de planta con Tablet en los pacientes con ictus agudo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Desarrollo del proyecto

- Fase 1: desarrollo de la HCE para el paciente con ictus.

En estos momentos la plataforma ha sido desarrollada por el equipo específico en el SALUD y está en pleno funcionamiento.

- Fase 2: adquisición de TABLET

Hay una compañía farmacéutica que se ha ofrecido para proporcionar el material informático con la fórmula de Donación al hospital.

- Fase 2 contacto con informática

Se solicitará al servicio de informática que nombre a una persona que se incorpore al equipo de proyecto para el desarrollo conjunto del sistema

- Fase 4: acceso a WIFI

En el momento actual la wifi para pacientes no permite una velocidad de acceso a datos que sea operativa. El servicio de informática nos ha confirmado la posibilidad de acceso a una wifi oculta al público que si sería operativa

- Fase 5: diseño del acceso informático a Tablet

Para evitar un uso no profesional de la Tablet, el servicio de informática realizaría modificaciones en los software para limitar el uso a la HCE.

- Fase 6: puesta en prueba

Se iniciará el uso de la herramienta para comprobar la capacidad para responder a nuestras necesidades y para detectar problemas y solucionarlos.

- Fase 7: registro de pacientes

Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se iniciará la incorporación de la herramienta al pase de visita, siendo la forma habitual de registro de evolutivo y generación de informes

- Fase 8: plan de difusión

Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se pondrá en comunicación del resto del servicio y se notificará tanto a dirección del hospital como a los responsables en el SALUD de la HCE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0846 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

creación del equipo de trabajo en el servicio de neurología
adquisición de TABLET
creación de equipo de trabajo con informática
acceso a WIFI
diseño del acceso informático a TABLET
puesta en prueba
Registro de pacientes: número de pacientes que ingresen con ictus incorporados a HCE con tablet: > 95%
difusión del proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
fases 1 a 5: meses de Enero a Abril de 2019
fase 6: meses de mayo y junio de 2019
fase 7: meses de julio a diciembre de 2019
fase 8: diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
adquisición de TABLET
Hay una compañía farmacéutica que se ha ofrecido para proporcionar el material informático con la fórmula de Donación al hospital.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0975 (Acuerdos de Gestión)

PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

2. RESPONSABLE SARA SANCHEZ VALIENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN LABANDA RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzado, presentan con frecuencia fluctuaciones motoras y no motoras complejas que no se controlan con la medicación convencional. En estos casos uno de los tratamientos que consiguen revertir el Off de forma rápida es la inyección subcutánea de apomorfina. Sin embargo no todos los pacientes responden a este fármaco y la dosis necesaria en los que si lo hacen, debe calcularse de forma individualizada mediante el test de Apomorfina.
Hasta la fecha, dado que la realización del test requiere una monitorización periódica de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y los posibles efectos secundarios con el apoyo del personal de enfermería, nos vemos obligados a ingresar al paciente durante 24 horas en el hospital de semana, con el consiguiente ingreso innecesario dado que dicho test puede realizarse de forma ambulatoria siempre que se cuente con los medios adecuados.
Pues bien, desde el mes de marzo/abril de 2019, disponemos de una enfermera en la consulta externa de Neurología del HCU Lozano Blesa, que podrá apoyar en la realización del test de Apomorfina ambulatorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un procedimiento de realización del test de Apomorfina de forma ambulatoria, evitando ingresos innecesarios.
La población diana son los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzada de la consulta de trastornos del movimiento del HCU Lozano Blesa, que reúnan criterios para la indicación del tratamiento con Apomorfina subcutánea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se elaborará un procedimiento de realización ambulatoria del test de Apomorfina por parte de la responsable de la consulta de Trastornos del Movimiento con la colaboración de la enfermera de dicha consulta.
Una vez realizado el procedimiento se presentará al Servicio del Calidad del HCU Lozano Blesa para su aprobación y publicación en Intranet.
Los test se realizarán durante una mañana preferentemente de viernes a concretar según programación de consultas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.
Fuente de datos: base de datos de pacientes de la consulta de trastornos del movimiento
Estándar: 90-100% de los pacientes a los que se les ha realizado el test

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019 y siguientes. (se iniciará a partir de Abril en dependencia de la disponibilidad de la enfermera)
Se revisará en diciembre de 2019 en la base de datos de pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento por parte de su responsable, el porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Neurólogo y enfermera de la consulta de Neurología del HCU Lozano Blesa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA UNA ESTANCIA DE CONFORT Y TRANQUILIDAD EN LA SALA DE OBSERVACION

2. RESPONSABLE LUISA MARIA ADAN MURO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSERVACION
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CASULLA FLORIA JORGE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• DE MIGUEL GIMENO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• CARRASCO DIEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ . TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• LOPEZ ALBA CONCEPCION. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• BELTRAN PEREZ MAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
• GARCIA MORON MARIA JESUS. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el momento de ingreso en la Sala de Observación, es frecuente que tanto pacientes como familiares se sientan preocupados, con ansiedad o presenten dolor intenso, disminución del nivel de consciencia, etc. Estas situaciones provocan que a menudo no retengan la información que el personal les transmite de forma verbal, lo cual se traduce en que, de forma frecuente, el personal de la sala tenga que repetir constantemente la información a cada acompañante que viene, e incluso, que se provoquen situaciones que impidan el descanso necesario que necesitan otros pacientes, o se incumpla alguna de las normas básicas por desconocimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto va dirigido a los pacientes y familiares que ingresan en la Sala de Observación.

Los objetivos van dirigidos a:

- Disminuir la ansiedad que produce la incertidumbre que supone el afrontar una nueva situación, probablemente estresante para ellos.
- Evitar errores por desconocimiento (beber agua teniendo pautada dieta absoluta, automedicarse con su medicación habitual, levantarse estando en reposo...).
- Evitar molestias a terceros y facilitar el descanso (ruidos, visitas continuadas...).
- Mejorar la comunicación con los pacientes que no dominan el español.
- Contribuir con el buen funcionamiento de la Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para cumplir los objetivos, realizaremos las siguientes actividades:

- En primer lugar, realizaremos un cuestionario voluntario y confidencial a pacientes y acompañantes al alta y hasta obtener una muestra de 1000 personas, evaluando así su grado de conocimientos adquiridos tras la información verbal durante su estancia en la Sala, y recabando opiniones sobre los puntos en los que más dudas han tenido.
- En segundo lugar, complementando la información verbal, se realizarán y colocarán en las cabeceras de las camas y puntos estratégicos, carteles con las normas básicas de la Sala y la información más solicitada, para que tanto paciente como acompañante puedan leerlo con más detalle y tranquilidad estando así mejor informados. De nuevo al alta y hasta obtener una muestra de 1000 personas, se les realizará el cuestionario y se evaluará el grado de mejora de la información adquirida.
- Además, dispondremos en el control de carteles informativos en distintos idiomas para facilitar la comunicación con pacientes y familiares que no hablen nuestro idioma.

Para el diseño de encuestas y del cartel, se pondrá de acuerdo el grupo de trabajo en el número de sesiones para su realización.

Además, durante el periodo de la realización del proyecto, se informará tanto a pacientes como familiares del motivo de la encuesta pidiendo su colaboración.

También se solicitará ayuda a distintos colaboradores para la traducción del cartel en cinco idiomas (inglés, francés, rumano, chino y árabe).

El material necesario será:

- 2000 copias de las encuestas
- 12 carteles grandes y 8 tamaño folio DIN a4 con impresión a color y plastificados.
- 5 carteles tamaño folio y plastificados en distintos idiomas: inglés, francés, rumano, chino y árabe.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para evaluar la eficacia del plan, revisaremos el resultado de las encuestas iniciales y lo compararemos con el resultado obtenido tras la puesta en marcha del proyecto.

Proyecto: 2019_0193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA UNA ESTANCIA DE CONFORT Y TRANQUILIDAD EN LA SALA DE OBSERVACION

Para evaluar la calidad del material, en la encuesta propuesta en la segunda fase del plan, solicitaremos la opinión de pacientes y acompañantes sobre la claridad de la información plasmada, la visibilidad y accesibilidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración de plan será de dos meses aproximadamente desde la aprobación del proyecto.

La realización de las encuestas y cartel serán realizados con la técnica del Brainstorming por todo el equipo.

Así mismo todo el equipo se encargará también de informar, repartir y recoger las encuestas.

El diseño del cartel será realizado por Carmen de Miguel y Luisa M^a Adán.

El análisis de los resultados de las encuestas será realizado por Jorge Casulla y Pilar Carrasco.

La búsqueda de colaboradores para la traducción de los carteles será realizada por María Paz García y Concepción López.

La impresión y plastificado de carteles y encuestas será realizada por Mar Beltrán y María Jesús García.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO SE DISCRIMINA PATOLOGÍA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0505 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE CONCEPCION LOPEZ ALBA
· Profesión TCAE
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSERVACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASULLA FLORIA JORGE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· ADAN MURO LUISA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· CARRASCO DIEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· BELTRAN PEREZ MAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· GARCIA MORON MARIA JESUS. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION
· SERRANO ARANDA LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSERVACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Sala de Observación de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.

Necesidad detectada en la propia Sala.

Demanda de los profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a la Sala de Observación.

Aumentar la calidad asistencial.

Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación y enlaces on line.

Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.

Cualificación del personal de nueva incorporación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.

Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realiza durante el año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No se discrimina patología.

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0043 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

2. RESPONSABLE ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Prolapso de órganos pélvicos es una de las indicaciones más frecuentes de cirugía de suelo pélvico, hasta el 11% de las mujeres requerirán alguna intervención al llegar a los 80 años de edad. El síntoma más común es la sensación de cuerpo extraño.

Los factores asociados al Prolapso de órganos pélvicos son el número de partos vaginales, multiparidad, edad avanzada, obesidad, antecedente de histerectomía y aumento de la presión intraabdominal.

El manejo ideal del prolapso de cúpula vaginal es la Sacrocolpopexia (abdominal, laparoscópica o robótica), descrita inicialmente en 1957 por Lane. Su éxito se basa en asegurar el soporte del suelo pélvico con material sintético fijando la cúpula al sacro, preservando el eje y profundidad normales de la vagina. El material sintético proporciona fuerza donde el tejido está debilitado.

El resultado tras la Sacrocolpopexia laparoscópica ha demostrado éxito y satisfacción en hasta el 78-100% de las pacientes, en contraste con lo reportado con la fijación de cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso durante histerectomía vaginal del 88-90% de mejoría.

El abordaje laparoscópico evita la necesidad de realizar incisiones grandes además de tener menor manipulación intestinal, por lo cual el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria son menores que en la cirugía abierta, sin embargo, los tiempos quirúrgicos suelen ser mayores, y la curva de aprendizaje ha retrasado el empleo universal de esta técnica. El tiempo quirúrgico estimado es de 150-210min.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo prioritario del proyecto es la realización de las Colposacropexias por prolapso de cúpula vaginal o aquellas asociadas a histerectomía en las que profilácticamente se realice una Cervicopexia profiláctica sean realizadas mayoritariamente vía laparoscópica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las intervenciones que se programaran con el tiempo suficiente para poder realizar quirófanos multidisciplinares en los que se colabore con el Servicio desde Urología. Mediante este quirófano Uroginecológico de Suelo Pélvico se pretende facilitar la curva de aprendizaje y minimizar los riesgos y complicaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de Colposacropexias /Cervicopexias realizadas vía laparoscópica
- Disminución en los días de estancia postoperatoria
- Pérdida hemática quirúrgica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero 2019 - Diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Posibilidad de colaboración quirúrgica Uroginecológica
- Material protésico específico para realización de Colposacropexia

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

2. RESPONSABLE NADIA NASSAR MELIC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PADIN FABEIRO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BESCOS SANTANA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BEATRIZ PROCAS RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La conización es el procedimiento quirúrgico por el cual se tratan las lesiones premalignas del cuello del útero, cuya evolución espontánea en algunos casos podría suponer un riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Del mismo modo sirve para realizar un diagnóstico definitivo de la lesión cervical. Habitualmente se realiza de forma ambulatoria o con alta precoz.

Puede entrañar una serie de complicaciones inmediatas como son la hemorragia o lesión de paredes vaginales; complicaciones a corto plazo como sangrado que hasta en un 2% de las veces necesita nuevas actuaciones o infección de la herida quirúrgica; y complicaciones a largo plazo, entre las que son más habituales las relacionadas con la reproducción.

Actualmente, la última guía de calidad de al AEPC recomienda una serie de estándares que deben ser cumplidos en la realización de la conización cervical:

Todas las lesiones cervicales precisan un estudio colposcópico exhaustivo realizado por personal especializado previo a la realización de tratamiento escisional. Del mismo modo todos los tratamientos de lesiones premalignas de alto grado deben realizarse en centros correctamente equipados y por profesionales especializados.

Entre las pacientes tratadas con procedimientos escisionales el porcentaje de casos de escisión con pieza única debe ser superior a 80%.

La proporción de complicaciones hemorrágicas graves (que requieren tratamientos adicionales) debe ser inferior al 5%.

La proporción de re-ingresos debidas a complicaciones asociadas al tratamiento debe ser inferior al 2%.

Se debe confirmar lesión = a HSIL/CIN 2 en = 70% de las piezas de conización y el porcentaje de conizaciones sin lesión histológica debe ser =15%.

El porcentaje de conizaciones con márgenes positivos para lesión debe ser = 20%.

El porcentaje de conizaciones realizadas bajo control colposcópico debería ser = 90%.

La realización de conizaciones bajo control colposcópico con exoscopio permite diagnosticar sin dificultad la extensión y la gravedad de las lesiones. De este modo la escisión con asa resulta menos traumática para los tejidos y puede minimizar la aparición de complicaciones. Por lo tanto la realización de esta técnica quirúrgica apoyada por el uso de exoscopio puede ayudar a mejorar los estándares de calidad recomendados actualmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo prioritario del proyecto es la realización de todas las conizaciones cervicales que sean posible con exoscopio y la valoración posterior de una serie de parámetros que nos permitan conocer si se produce una mejoría en los estándares de calidad recomendados por la AEPC en comparación con las conizaciones realizadas sin exoscopio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Intentar que las conizaciones que se programen con tiempo suficiente se incluyan en días de actividad quirúrgica de los que formen parte los facultativos que componen la Unidad de Patología Cervical y de este modo realizarlas con apoyo de exoscopio en el acto quirúrgico.

Si esto no es posible, fomentar el uso del exoscopio en el acto quirúrgico por el resto de facultativos intentando mejorar su curva de aprendizaje y minimizando los riesgos y complicaciones.

No es necesario ampliación de recursos, ya que el exoscopio forma parte habitual del instrumental en quirófano ginecológico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con escisión en pieza única.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con complicación hemorrágica grave durante el acto quirúrgico.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio que precisen reingreso.

-Porcentaje de conizaciones con bordes afectos de lesión en estudio AP.

-Porcentaje de conizaciones sin lesión histológica.

Proyecto: 2019_0058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2019 - Enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
No es necesario ampliar recursos ya que el exoscopio está disponible en quirófano ginecológico.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2019_0075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICA

2. RESPONSABLE SIRA REPOLLES LASHERAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LUNA ALVAREZ CRISTINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DIAZ VEGA MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- JIMENEZ MARTINEZ DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La gran variabilidad de los puntos de solicitud de la prestación de realización de Histeroscopias diagnosticas y las diferentes vías necesarias para la recepción de documentación necesaria para la realización de la prueba, hacen necesaria la normalización de la vía de entrada, la homogeneización de la prestación y la elaboración de documentos específicos para su uso desde todos los puntos de solicitud. Asimismo es necesaria la realización de un informe normalizado de los resultados de esta prueba y al acceso a éste desde intranet por parte de cualquier facultativo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dirigido a todos los puntos de asistencia que sean susceptibles de solicitar la realización de una histeroscopia diagnóstica, dependientes del Servicio de Obstetricia y Ginecología dl HCU

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de una "Ficha de Solicitud de histeroscopia diagnostica" en la que se incluye una historia clínica dirigida y el motivo de la solicitud.
Elaboración de un "Protocolo de Realización de Histeroscopia Diagnóstica" donde consten los resultados de la prueba. Ambos documentos se colgarán en la red de Intranet del HCU (HP Doctor) y aparecerán igualmente en la Historia Clínica Electrónica en sus apartados correspondientes
Ajuste de los horarios de citación de pacientes para evitar esperas innecesarias
Mejora del confort de la paciente mediante analgesia autoadministrada durante la realización de la prueba
Mejora del circuito de pacientes por la zona quirúrgica previa realización de la prueba

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes que acuden a la realización de histeroscopia con la documentación necesaria en regla (Ficha de solicitud)
Número de informes de resultado de la prueba que aparecen correctamente cumplimentados en intranet
Tiempo medio de espera de las pacientes en la zona quirúrgica para la realización de la prueba
Número de pacientes a las que o se puede realizar la técnica por mala tolerancia (dolor)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración de documentos normalizados: 1 mes
Inclusión en HPDoctor por Servicio de Informática y correcciones correspondientes: 1 mes
Elaboración de circuito y mejora de estancias de espera: 1 mes
Obtención de dispositivo de autoadministración de analgesia (Kalinox): a la espera de confirmación por servicio suministros en colaboración con anestesia

9. RECURSOS NECESARIOS.

Colaboración del servicio de informática
Redistribución de las estancias en área quirúrgica
Adquisición de dispositivos Kalinox por farmacia hospitalaria

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2019_0508 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ORNAT CLEMENTE LIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- POLO OLIVEROS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- HIERRO ESPINOSA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, establece: "Los servicios públicos de salud garantizarán en primer lugar la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible".

Las disfunciones sexuales femeninas están infradiagnosticadas. Permanecen ocultas incluso en las consultas de ginecología, salvo que incluyamos preguntas específicas sobre el tema en la anamnesis, y aun así, la mayoría de las veces, la paciente no se atreve a hablar de ello por ser un problema que afecta a su más profunda intimidad. Actualmente, no existe en la cartera de servicios del Servicio Aragonés de Salud, una consulta de sexualidad ofertada por los Servicios de Ginecología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Promover una atención de calidad con servicios públicos accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral. Se propone la creación de una consulta monográfica de sexualidad médica para tratar patologías de la esfera sexual.

Población diana: mujeres del Sector III que tengan relaciones sexuales.

Las disfunciones sexuales a tratar van a ser:

- Trastorno del deseo sexual hipoactivo.
- Trastorno orgásmico.
- Vaginismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El abordaje de la terapia sexual tendrá como base la promoción de la educación sexual, así como el apoyo al autoconocimiento y a la comunicación en pareja.

El pilar fundamental del tratamiento será la terapia cognitivo conductual, ayudada de la farmacología de la que disponemos en este momento al servicio de este tipo de disfunciones.

La paciente será atendida de modo individual, aunque puede ser necesaria la presencia de la pareja durante algún momento de la terapia.

En el caso de las disfunciones sexuales más prevalentes, el tratamiento se prolongará aproximadamente durante seis semanas, aunque dicho periodo, como se ha señalado previamente, será variable en función de la disfunción.

Con respecto a la duración de las sesiones, proponemos una duración de 60 minutos en primera visita y de 45 minutos para las siguientes consultas y siendo su periodicidad quincenal o semanal según el caso concreto.

Se elaborarán protocolos de disfunciones sexuales femeninas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Se establecerán contactos con los Servicios de Urología, Endocrinología y Psiquiatría si durante el proceso de la terapia se considerase necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes atendidas en la consulta a lo largo del año 2019.
- Índice de satisfacción de las pacientes atendidas en la misma. Se utilizará un cuestionario de satisfacción que se entregará a la paciente cuando esta sea dada de alta de la consulta.
- % de mejoría del FSFI (cuestionario validado, evaluador de la función sexual) con el objetivo de valorar la intervención. Se entregará dicho cuestionario en la primera visita y al alta de la paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL/MAYO 2019

- Reuniones interdisciplinarias de Ginecología-Urología- Psiquiatría- Endocrinología
- Elaboración de un protocolo común.
- Programación de secuencia citación-visitas-derivación dentro de la misma Unidad.
- Responsables: Dra. Lahoz/ Dr. Repolles/ Dr. Gonzalez

ABRIL 2019

- Creación de agenda específica de pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Lahoz

Proyecto: 2019_0508 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

MAYO 2019

- Reunión y difusión a los centros de Atención Primaria con divulgación a médicos y profesionales para facilitar la derivación y el acceso de los pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Repolles/Dra. Lahoz

DESDE ABRIL 2019

- Puesta en marcha.
- Responsable: Dra. Lahoz

La puesta en marcha se realizará a lo largo del año 2019. Tras este periodo de prueba precisará de unos dos años para su completa y definitiva instauración.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 1- Ginecólogo: el seguimiento será realizado por un único profesional.
- 2- DUE: facilitará el cuestionario evaluador de la función sexual
- 3- Material: sala médica con una mesa, sillas, ordenador, impresora, mesa de exploración, ecógrafo, material fungible y material específico como espejos y accesorios eróticos. Aportación económica requerida: 300 euros.
- 4- Ubicación de la consulta: área de ginecología del CME Inocencio Jiménez.
- 5- Historia clínica: se registrarán los datos en área restringida dentro de la Historia Clínica Electrónica para preservar la intimidad.
- 6- Horario: agenda única para la atención individualizada y personalizada de la usuaria. La periodicidad propuesta es de dos veces al mes, pudiéndose ampliar a un día semanal según demanda. Para primeras vistas se concederán 60 minutos y en sucesivas visitas, la duración será de 45 minutos.
- 7- Dado el aspecto multidisciplinar de esta consulta, consideramos importante crear un circuito de comunicación entre otros Servicios como Endocrinología, Urología y Salud Mental.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISFUNCIONES SEXUALES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0527 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

2. RESPONSABLE JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALVAREZ MARTINEZ ALICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUARGA MONTORI MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ECHARTE MARIA TERESA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LUNA ALVAREZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD PEREZ PRADO. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEBAN CID VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El objetivo final de la VCE (versión cefálica externa) es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica. Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente y manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.

La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.

Otros se asocian con mayor éxito de la versión externa: uso de tocolíticos durante la maniobra, experiencia del operador, multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.

El proyecto de calidad implementado en 2018 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Zaragoza puso de manifiesto una tasa de éxito del 47,8% de las versiones realizadas (sin uso alguno de analgesia), con una reducción global asociada de la tasa de cesáreas del hospital de un 0,86%. Asimismo quedó patente que un 50% de las pacientes con feto en presentación no cefálica rechazaron la técnica, expresando como uno de los principales motivos el miedo al dolor que produce.

Estudios recientes han demostrado que la realización de la VCE bajo analgesia neuroaxial, tanto en un primer intento como en un segundo intento tras una VCE inicial fallida (ésta sin analgesia), se asocia con un incremento promedio de la tasa de éxito del 15%, logrando valores globales de éxito de hasta un 87%

La aplicación de dicha analgesia permitirá incrementar el número de pacientes que acepten la realización de la técnica y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica, bien con VCE inicial fallida (sin analgesia), bien como primera opción.

Resultados: Protocolización VCE bajo analgesia neuroaxial, mejora tasa de éxito (y consecuentemente reducción de tasa de cesáreas), optimización de recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE bajo analgesia neuroaxial, realización por número limitado de operadores.

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia y Servicio de Anestesia para acordar protocolo o vía clínica, así como técnica analgésica empleada y personal participante. Colaboración personal del Servicio de Anestesia. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas y Partos.

Cambios previstos: Realización ambulatoria bajo analgesia neuroaxial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial como opción inicial: Valor a alcanzar 10%, límites 5-15%.

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que, tras versión fallida, aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial: Valor a alcanzar 30%, límites 15-45%.

Porcentaje de versiones exitosas (realizadas bajo analgesia neuroaxial): Valor a alcanzar 60%, límites 40-80%.

Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.

Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,8%, límites 0,6-1%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Obstetricia de Versiones Externas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Proyecto: 2019_0527 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia y Servicio de Anestesia para acordar protocolo o vía clínica, así como técnica analgésica empleada y personal participante. Colaboración personal del Servicio de Anestesia. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas y Partos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA

2. RESPONSABLE SARA RUIZ MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- IBÁÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- HIERRO ESPINOSA CRISTINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- POLO OLIVEROS LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CARAZO HERNANDEZ BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- TEIRA SOLANO YOLANDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- REYES RAMOS MARIA PILAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La preeclampsia es una enfermedad asociada al embarazo que conlleva una alteración endotelial multisistémica que se manifiesta clínicamente por un aumento de la tensión arterial acompañada de otros signos y síntomas que pueden ser muy variados en función de la gravedad del cuadro. Es una patología relativamente frecuente en nuestro medio afectando aproximadamente al 1-2% de las gestaciones, aunque el número de casos está aumentando en los últimos años debido al aumento de la edad materna, la obesidad y las comorbilidades asociadas.

Es la segunda causa de mortalidad materna en países desarrollados y supone la causa del 10-15% de las muertes perinatales, siendo, además, la principal causa de parto prematuro iatrogénico con todas las consecuencias de la prematuridad como son el bajo peso, las alteraciones del neurodesarrollo o la hipoplasia pulmonar.

Las guías de práctica clínica o protocolos clínicos son fundamentales para unificar la asistencia y disminuir las complicaciones asociadas al fallo en el diagnóstico o el manejo de patologías potencialmente graves como es la preeclampsia.

En los últimos años se han descrito nuevos recursos y herramientas en el screening de esta patología en la población de alto riesgo. Por eso, es importante tener en nuestro hospital un protocolo clínico que incluya todas las modalidades de los estados hipertensivos del embarazo incluida la preeclampsia, para guiar y unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de esta patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, mejorando así los resultados perinatales adversos derivados de esta patología y de la prematuridad que se presenta en muchas de estas pacientes. La población diana incluye a todas las gestantes del sector III con alto riesgo de desarrollo de preeclampsia y las que con riesgo o no la desarrollen a lo largo del embarazo o incluso en el puerperio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de preeclampsia utilizadas por otras sociedades científicas.
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica.
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro.
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los recursos disponibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de ingresos por enfermedad hipertensiva del embarazo durante el año 2019.
- Porcentaje de pacientes tratadas correctamente siguiendo el protocolo establecido.
- Estudio de los resultados perinatales: tasa de prematuridad, tasa de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional, revisión de complicaciones neonatales.
- Estudio de complicaciones maternas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de actuación (Marzo-Abril 2019)
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica (Mayo 2019)
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro (Junio 2019)
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los recursos disponibles. (Julio-Diciembre 2019)
5. Septiembre 2019: presentación del protocolo en sesión clínica para los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
6. Octubre 2019: Presentación del protocolo en la Comisión de Revisores del HCU.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesitará el reactivo para el análisis en el laboratorio del ratio sFlt-1/PlGF, muy útil en el manejo de la preeclampsia. No se necesitará ningún otro recurso extra para la elaboración de este protocolo, se adaptará a los recursos disponibles en el centro.

Proyecto: 2019_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• EZQUERRA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ABADIA CUCHI NATALIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ALBA GIMENEZ LAURA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• FLETA ORBEGOZO MARIA DEL MAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GIL LOSILLA REBECA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hace 30 años, la OMS creó el galardón Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN) para incentivar a los hospitales y salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. En 2009 se añadió la "Asistencia amigable a las madres" a los Diez Pasos a seguir para conseguir el premio, cuyo objetivo es seguir las recomendaciones de la Estrategia de asistencia al parto normal publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007.

En nuestro hospital se han llevado a cabo múltiples reformas en esta línea con el fin de aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y mejorar la satisfacción de las madres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Muchas se han desarrollado en el seno de otros proyectos de calidad.

Aunque pensamos que la obtención del galardón IHAN es algo mucho más complejo de lo que se puede desarrollar en un solo proyecto y que implica a muchos servicios y estamentos, vemos necesario el ir introduciendo los Diez Pasos en nuestra práctica diaria con la intención de, en un futuro próximo, poder optar al mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo primero es poner en conocimiento de los profesionales dedicados a la atención de las embarazadas los Diez Pasos que promueve la OMS para mejorar las tasas de lactancia materna. Además, se propone seguir los pasos propuestos por la Estrategia de Atención al parto normal, materializados en la Guía de Práctica clínica del parto normal, con el fin de conseguir una "asistencia amigable con las madres". La población diana serían por un lado los profesionales relacionados con el embarazo y el parto y, por otro lado, las gestantes que se beneficiarían de estas mejoras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Charlas de información sobre los Diez Pasos en el seno de las sesiones del Servicio de Obstetricia y Ginecología y en el programa de formación de las residentes de matronas.
- Desarrollo de un Protocolo de atención al parto normal, en el que se haga hincapié entre otras cosas, en la importancia del contacto precoz piel con piel (CPP) y mejorar las condiciones para facilitarlo en la primera hora postparto, con la incorporación de un área de "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación.
- Información a las gestantes de los beneficios de la lactancia y sobre el proceso de parto. Se distribuirá la información por escrito en forma de posters, folletos y plan de parto del Servicio.
- Puesta en marcha del Libro de partos informatizado en el seno de la HCE para recogida de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Creación de un informe de recogida de datos sobre el postparto inmediato en cuanto a CPP, inicio de la lactancia, satisfacción de la paciente al alta de Dilatación.

Número de pacientes atendidas en Dilatación en la primera hora postparto.

Número de pacientes que no realizan CPP y los motivos.

Recogida de las cesáreas en las que se realiza CPP en el protocolo quirúrgico en HP Doctor.

Número de tactos vaginales realizados durante la dilatación.

Número de epidurales.

Número de episiotomías.

Número de desgarros de III grado o mayor.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: sesión informativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Marzo 2019: impresión del poster "Diez Pasos" para distribuir en las consultas de Obstetricia y área de hospitalización obstétrica.

Abril 2019: sesión en el seno del programa de formación de residentes de matrona.

Abril 2019: desarrollo del Protocolo de atención al parto normal.

Mayo 2019: puesta en marcha del "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación.

Mayo 2019: puesta en marcha del "Libro de partos" en la HCE.

Febrero 2020: análisis de los datos obtenidos.

Febrero 2020: sesión informativa a los miembros del Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Proyecto: 2019_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Fecha de inicio: marzo 2019

Fecha de finalización: marzo 2021

9. RECURSOS NECESARIOS.

Habilitar una habitación en el área de Dilatación para el puerperio inmediato.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0598 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

2. RESPONSABLE CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR ALOMA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOMEZ GIMENO ANGELICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA BELTRAN ASUNCION. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LUNA ALVAREZ CRISTINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABADIA CUCHI NATALIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con la creación de la cartilla electrónica del embarazo se ha creado una herramienta muy útil para el seguimiento y control del embarazo, a la cual tienen acceso tanto matronas desde atención primaria como los especialistas en las consultas de obstetricia.

El avance en la informatización del manejo de nuestros pacientes mejora la asistencia a los mismos. Hasta ahora la derivación de una gestante a primera visita de embarazo se inicia desde la consulta del médico de cabecera, y se deriva a la mujer embarazada a su matrona para captación de la paciente, cribado de cáncer de cérvix y apertura de cartilla electrónica del embarazo. Tras esa primera visita en Atención Primaria, la derivación a Obstetricia se realiza con volante de interconsulta escrita que, en muchas ocasiones se extravía o resulta incompleto en la información o no comprensible. Se da la situación que algunas embarazadas no pasan por la consulta de la matrona y otras aparecen tarde para acoplarse a los programas de cribado de Diagnóstico Prenatal vigentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este proyecto es poner en marcha la interconsulta informatizada de Atención Primaria, herramienta de ayuda para la correcta canalización de las pacientes de forma más ordenada y racionalizada. Otros objetivos:

- Que la mujer embarazada tenga una primera visita con la matrona, para el primer contacto del seguimiento de la gestación.
 - Que la primera consulta especializada en tocología se produzca alrededor de la semana 9 del embarazo.
- La población diana son los médicos y matronas de Atención Primaria y, de forma secundaria, las gestantes que acuden a primera visita de embarazo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A través de la historia electrónica, vemos las interconsultas realizadas por Atención Primaria, que nos derivan a las mujeres embarazadas para iniciar su seguimiento. Indicando la FUR (fecha de última regla) en la interconsulta realizada, se calcula cuándo citar a la mujer en la consulta de primer día de obstetricia del CME Inocencio Jiménez.

Este acto administrativo puede ser realizado por el obstetra responsable de la consulta de embarazo en Inocencio Jiménez, Ejea de los Caballeros y Tarazona, de forma semanal todos los lunes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de embarazadas que tienen primera visita de embarazo concertada con su matrona.

Número de embarazadas que tienen visitas concertadas con la matrona a lo largo de su embarazo.

Número de visitas de primer día en consulta de obstetricia en torno a la semana 9 de embarazo, número de citas correctamente realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019: curso de formación para los miembros del servicio de Medicina Materno Fetal.

Abril 2019: presentación en sesión clínica a los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Abril 2019: reunión con las matronas de Atención Primaria.

Abril- mayo 2019: periodo de prueba de la interconsulta informatizada.

Mayo de 2019: charlas con los responsables de diferentes centros de Atención Primaria.

Mayo de 2019: puesta en marcha de la Interconsulta informatizada, a la vez que se suspende la interconsulta en papel actual.

Diciembre 2019: primera revisión de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Historia electrónica

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0598 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2019_0645 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA, CIR Y PREMATURIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION MEDIANTE FORMULAS MATEMATICAS

2. RESPONSABLE MERCEDES SOBREVIELA LASERRADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ DE AGUERO LABORDA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DIEGO LERMA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JIMENEZ MARTINEZ DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE DIEGO ALLUE ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Prematuridad

1 de cada 13 alumbramientos en España se produce por debajo de la semana 37, estos bebés tienen un mayor riesgo de complicaciones graves como: parálisis cerebral, déficits sensoriales, enfermedades crónicas etc., y siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil incluso en los países más desarrollados.

Retraso de crecimiento

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. Esta asociada a una mayor incidencia de mortalidad perinatal (1/5), mayor morbilidad neonatal (1/3), alteraciones en su desarrollo neurológico y metabólico a largo plazo, incluso en la edad adulta. Uno de cada 10 casos es un retraso de crecimiento grave, aparece muy precozmente y puede llegar a ser fatal para el feto. La detección temprana de los factores de riesgo que permita clasificar a la gestación en alto o bajo riesgo de presentar alguno de los tres cuadros. Es fundamental para poder mejorar el pronóstico de los mismos.

Preeclampsia

Trastorno hipertensivo que afecta alrededor del 2 al 8 % de embarazos y es una causa importante de mortalidad materna con una prevalencia estimada de 100.000 muertes anuales a nivel mundial.

Es también la primera causa de admisión materna a unidades de cuidados intensivos y está asociada con un riesgo aumentado de mortalidad perinatal, siendo responsable del 10 % de los mortinatos y del 15 % de los nacimientos prematuros. La importancia del diagnóstico precoz está reforzada cuando investigaciones recientes muestran que, en una proporción considerable de casos de muertes fetales debidas a preeclampsia, un manejo diferente podría haber alterado el resultado.

Estos tres procesos engloban la mayor parte de las complicaciones obstétricas y son causa de gran parte de la patología fetal y del recién nacido, precisando para su diagnóstico y tratamiento gran cantidad de recursos humanos y económicos junto con la repercusión socio-familiar que dichos cuadros conllevan.

Recientemente han sido publicados múltiples estudios, que demuestran que la detección precoz junto con una intervención efectiva puede mejorar los resultados, por lo que el desarrollo de estrategias eficaces de predicción y prevención se ha convertido en un objetivo importante de la atención prenatal.

En el momento actual disponemos de algoritmos de cálculo (tomados de la Fetal Medical Foundation) que nos permiten obtener el riesgo específico para cada paciente mediante la combinación de: factores de la historia de la paciente (raza, peso, antecedentes obstétricos), medida de la tensión arterial, doppler de las arterias uterinas, valores de productos placentarios en sangre materna, determinaciones de parámetros bioquímicos utilizados actualmente para el cribado bioquímico de aneuploidías, y datos ecográficos del feto, y con ello establecer la probabilidad de que se desarrollen dichas patologías. Son herramientas que permiten realizar diferentes tipos de cálculos exactos para ayudar en el manejo de diferentes situaciones clínicas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestra propuesta consiste en realizar dichos cálculos a partir de la información recogida tras la realización de la exploración ecográfica del primer trimestre e incluir en el informe clínico, los valores de riesgo que presenta la paciente para cada uno de los cuadros descritos y con ello poder perfilar nuestra población gestante en alto o bajo riesgo para cada una de las tres patologías descritas y poder aplicar precozmente las medidas preventivas y /o terapéuticas adecuadas para mejorar la evolución de las mismas.

Proyecto: 2019_0645 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA, CIR Y PREMATURIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION MEDIANTE FORMULAS MATEMATICAS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Durante la exploración ecográfica se introducirán los datos requeridos para aplicar las formulas matemáticas (conectados a la pagina de la Fetal Medical Foundation), y dejar reflejado el riesgo en el informe ecográfico, de manera que el clínico reciba la información en el primer trimestre de gestación y esto le permita aplicar medidas preventivas-terapéuticas precozmente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de gestaciones controladas en nuestro centro clasificadas en alto y bajo riesgo.

Los datos quedaran registrados en el informe ecográfico que figurara en el sistema informático hospitalario y en la cartilla electrónica de la gestante.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Incorporar las formulas matemáticas al informe ecográfico: 2 meses

-Difusión de las nuevos parámetros clínicos a todo el servicio: 1 mes

-Análisis de la repercusión clínica de dicho cribado a los 6 meses de su aplicación

-Fecha de inicio del proyecto: Desde el momento de su aprobación

-Finalización del proyecto: 12 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisa la incorporación de nuevos recursos, la modificación del informe ecográfico se realizará en el mismo programa existente actualmente en la Sección de ecografía y Diagnóstico Prenatal

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0707 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION DEL AREA III DEL SALUD

2. RESPONSABLE MARIA REMACHA SIENES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA. MATRONA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
• MONTSERRAT CANTERA ESTHER. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MORENO SANCHEZ VICTOR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GOMEZ GIMENO ANGELICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• TEJERO SANCHEZ SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años la evidencia está confirmando lo que ya los obstetras veníamos observando sobre la implicación que tiene en la gestación y sus resultados un adecuado control y cuidado preconcepcional. En las pacientes con futuro embarazo de bajo riesgo dentro de los centros de atención primaria está establecido e implementado dentro de la cartera de servicios esta atención con relativo éxito variando según áreas, población Sin embargo y al respecto de la paciente de potencial embarazo de riesgo por diversos motivos (tanto maternos, como fetales) en general no se está ofreciendo un control adecuado.

Detectando esta realidad desde el 2011 en el servicio de Obstetricia del HCU se habilita una consulta preconcepcional, que intentó recoger el testigo de la Consulta preconcepcional que con mas o menos regularidad ha funcionado desde la creación del Servicio en los años setenta del siglo pasado. En ella, se han creado dos agendas específicas: denominadas "consulta preconcepcional" y "consulta de genética reproductiva". Desde el principio se ha visto que la derivación desde Atención primaria, otras especialidades, incluso desde nuestro propio servicio no ha sido adecuada y las mujeres diana de este control preconcepcional no se están favoreciendo de este recurso asistencial.

En un análisis somero, las razones por las que no se ha conseguido un funcionamiento regular y establecido en el Área son dos. La primera el carácter unipersonal del facultativo responsable de la consulta, que a lo largo de la historia se han reducido a cuatro. Esto supone una dependencia personal que impide el desarrollo normal de la actividad. En segundo lugar, la falta de apertura de esta consulta al resto de servicios y unidades del Área, lo que ha impedido un trabajo coordinado con atención primaria, otros servicios de especializada y las unidades propias de nuestro Servicio, que deben de ser las que remitan a las usuarias de la consulta. En este contexto y con la experiencia acumulada durante estos años, creemos llegado el momento de lanzar la oferta de nuestra consulta preconcepcional como asistencia del Servicio coordinada con todos los niveles asistenciales del Área III.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Impulso y desarrollo de la consulta Preconcepcional y genética de la reproducción del Área III del SALUD

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Crear un adecuado circuito de derivación desde primaria y otras especialidades de las mujeres subsidiarias de verse en las consultas preconcepcional y genética.
- Consolidar equipo multidisciplinar con obstetras, ecografistas, matronas, enfermería, psicopatológica, otras especialidades como endocrino, nefrología ...
- Implementación de la interconsulta on line como herramienta de comunicación con atención primaria en este campo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

PLAN EJECUCIÓN

- Creación del grupo "PRECON" en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU Lozano Blesa de Zaragoza:
- Obstetricia, Diagnóstico prenatal, Matronas,
- Redacción del plan de calidad "CONSULTA PRECONCEPCIONAL DEL AREA III DEL SALUD"
- Coordinación del plan con Servicios del HCU: Psicopatológica, Trabajo Social, Laboratorio,
- Coordinación con Atención Primaria: Médicos, Matronas, Salud Mental Pediatría y Enfermería

ACCIONES ESPECÍFICAS:

- Estudio y análisis de la cartera de servicios del SALUD en materia de asistencia preconcepcional
- Identificación, Análisis y definición de las necesidades asistenciales preconcepcionales
- Distribución de estas necesidades según niveles asistenciales
- Normalización del acceso de pacientes al sistema
- Sistematización del flujo de pacientes entre niveles
- Control de calidad
- Recogida de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0707 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION DEL AREA III DEL SALUD

- Numero de primeras visitas en ambas consultas (preconcepcional y genética)
- Aumento de conocimiento de la existencia y utilidades de dichas consultas por parte de los profesionales de atención primaria y especializada.
- Evaluación continua del proceso por el grupo "PRECON"

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2019 -2020 Ejecución del proyecto.
2021 Evaluación y consolidación

9. RECURSOS NECESARIOS.
-Espacio dotado para llevar a cabo ambas consultas (ya existente)
-Consolidación de la interconsulta on line .

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con patología y/o potencial complicación materno-fetal que deseen gestación
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ VEGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGICO
• SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• CIA BLASCO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DEL DOLOR
• ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
• GRACIA PELIGERO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La endometriosis enfermedad crónica durante la edad reproductiva se caracteriza por la presencia y desarrollo de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que responden a los esteroides ováricos. Tiene una prevalencia de al menos un 10% de la población femenina en edad fértil. Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico. Las manifestaciones clínicas son variables, no guardando relación directa con la extensión, requiriendo a veces varias intervenciones quirúrgicas, siendo en ocasiones mutilantes y con complicaciones, sin conseguirse, en todos los casos, un tratamiento curativo.

Uno de los problemas que nos encontramos es el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Una valoración precoz de las mujeres con endometriosis podría evitar la evolución de la enfermedad y evitar sus graves consecuencias.

El servicio de Obstetricia y Ginecología, conocedor de la problemática de las pacientes con endometriosis, ha fomentado la creación de una consulta específica de endometriosis, con la finalidad de mejora en el manejo de este grupo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generar una guía de actuación para mejorar el diagnóstico temprano y la calidad de las pacientes con endometriosis con los siguientes objetivos:

- 1) Conseguir una adecuada coordinación entre atención primaria y atención especializada, para derivar ante la sospecha de endometriosis a la consulta específica.
- 2) Desde la consulta específica: Determinar el grado de endometriosis.
 - Leve: Remitirla a control a atención primaria, con el manejo adecuado.
 - Deseo genésico: Remitirla a la unidad de esterilidad y reproducción.
 - Grave: Evaluarla en la unidad multidisciplinar.
- 3) Generar en el hospital un equipo multidisciplinar de diferentes unidades para el manejo de la endometriosis severa

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Para una correcta coordinación con atención primaria, generar una guía e itinerario de las pacientes con sospecha o diagnosticadas de endometriosis.
- 2) Puesta en funcionamiento de una consulta específica de endometriosis. Valorar el número facultativos y consultas necesarias.
- 3) Unidad multidisciplinar: Para la atención de casos de endometriosis profunda de gran complejidad, se requiere la participación y coordinación los siguientes profesionales:
 - Ginecología.
 - Cirugía colo-rectal
 - Urología.
 - Radiología.
 - Clínica del dolor.
 - Psiquiatría
 - Esterilidad y reproducción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- a) Indicadores de actividad.
 - Origen de las pacientes derivadas con endometriosis.
 - Pacientes que requieren tratamiento médico o quirúrgico.
 - Pacientes que requieren evaluación por otras unidades (equipo multidisciplinar)
 - Relación Tratamiento médico / Tratamiento quirúrgico.
- b) Indicadores de calidad

Proyecto: 2019_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

- Número de consultas / paciente.
 - Mejora en la calidad de vida con tratamiento médico.
 - Mejora calidad vida con tratamiento quirúrgico
 - N° de tratamientos quirúrgicos evitados con los tratamientos médicos.
- c) Evaluación y seguimiento:
- Trimestral: Evaluación del procedimiento, de los indicadores de actividad y calidad.
 - Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre: Puesta en marcha de la consulta de endometriosis. Valoración y posible corrección de los indicadores de actividad y calidad.
 - Segundo trimestre: Puesta en marcha de la unidad multidisciplinar. Obtención datos semestrales de los índices de actividad y calidad. Valorar posibles correcciones en el procedimiento de actuación.
 - Finalizar el año: Presentación de datos, índices de actividad y calidad en la sesión clínica del servicio, en la comisión de calidad del servicio y comunicación final a la unidad de calidad del hospital.
9. RECURSOS NECESARIOS.
No es necesario ninguna inversión económica.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adultos
 - SEXO. Mujeres
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

2. RESPONSABLE MARTA PADIN FABEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUTIERREZ CIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· PEREZ MUÑOZ ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANCHEZ SERRANO LARA. MATRONA RESIDENTE. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VALENCIA BETRAN MARTA. DESCONOCIDA. FUNDACION DISMINUIDOS FISICOS DE ARAGON. DESCONOCIDO/A
· HERRERO CASTILLO MIRIAM. DESCONOCIDA. AMANIXER. DESCONOCIDO/A

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde las asociaciones de mujeres con discapacidad y desde la sociedad se demanda la eliminación de barreras, que todas las personas tengan las mismas oportunidades y que estas no se vean limitadas por barreras físicas. En temas de salud la eliminación de barreras exige adaptar nuestros hospitales, consultas y al personal para poder realizar las mismas actividades con independencia de la discapacidad del paciente. En respuesta a esta demanda de la sociedad en varias Comunidades Autónomas se están abriendo consultas de ginecología para mujeres con movilidad reducida. Queremos que las mujeres de Zaragoza con movilidad reducida dispongan de este recurso y que no se sientan excluidas de los programas de cribado y salud sexual y reproductiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear una consulta de ginecología para proporcionar a las mujeres con movilidad reducida una atención basada en los principios de autonomía y justicia, dirigida a su salud sexual y reproductiva integral y que respete su capacidad de decidir respecto a la maternidad. Integración de estas pacientes en los programas de cribado, adaptándolos para superar las barreras de la discapacidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Prestaciones ofertadas: las mismas que oferta el Salud a todas las mujeres: -Cribado para la prevención del cáncer de cuello uterino.-Asesoramiento anticonceptivo y reproductivo.-Consulta ginecológica en mujeres con patología.-Control gestacional.
Actividades preventivas:-Desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.-Prevención de la violencia de género.-Proporcionar información a las pacientes desde los EAP/matronas de AP sobre sus posibilidades reproductivas.-Formación específica a los profesionales sobre atención a la discapacidad. Elaboración de material informativo: trípticos...Este proyecto va dirigido a mujeres con situación de movilidad reducida. Mujeres con discapacidad más del 33% y 7 o más puntos de movilidad reducida: Zaragoza capital: 1.261 y Zaragoza provincia: 465.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración con encuesta por parte del paciente.
Valoración del número de pacientes atendidas en la consulta a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha.
Porcentaje de interconsulta virtual similar al resto de las pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2019- enero 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
La consulta se ubicará en c. externas de ginecología. Actualmente existe una consulta cuyas dimensiones permiten adaptarla para mujeres con movilidad reducida.
Recursos materiales:
-Mesa de exploración ginecológica adaptada: 4000 euros (ya adquirida)
-Ecógrafo: 18.000 euros (iniciado el proceso de compra)
-Grúa.
Recursos humanos: exclusivamente el día de la consulta. No supone incremento de la plantilla orgánica del hospital, tan sólo una reorganización.
Disponer de celador para ayudar a la colocación de la paciente.
Necesidad de reformas: Garantizar un aseo adaptado cercano a la consulta. Proyecto de obra aprobado, pendiente licitación de la obra. Plazo de ejecución primer semestre 2019.
Teniendo en cuenta la dificultad de algunas de estas mujeres para desplazarse, debe promocionarse toda acción encaminada a proporcionar una asistencia de calidad minimizando los desplazamientos fuera de su entorno. En este sentido la interconsulta virtual entre profesionales de primaria y de especializada puede jugar un papel clave.
-Establecer un circuito de citación: solicitud de consulta desde el médico de familia, urgencias de ginecología del hospital, médico de Centro Socio-sanitario e interconsulta de otro especialista del hospital desde consultas externas o desde hospitalización.
-Crear una agenda específica, periodicidad inicialmente quincenal.
-Tiempo de consulta por paciente: 30 minutos.

Proyecto: 2019_0779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

-Difusión e información sobre la consulta en los Centros de Atención Primaria, Centros socio-sanitarios, asociaciones de mujeres con discapacidad y nuestro propio hospital.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

2. RESPONSABLE PATRICIA RAMIRO MILLAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• REMON GARIJO LEON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
• PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
• CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El programa Hp doctor, es una base de datos donde se recoge la actividad del paciente y a la que se añaden los informes adjuntos para que cualquier usuario los pueda consultar. Se usa en los hospitales desde hace años para la realización de altas médicas y/o quirúrgicas por parte de los distintos servicios que componen el hospital. El servicio de oftalmología consta de varias secretarías que, desde hace tiempo, son las encargadas de transcribir, en dicho programa, las altas que les damos preredactadas. Dado el aumento del volumen de cirugías que hemos sufrido en los últimos años, esta tarea alarga los tiempos de permanencia de los pacientes ingresados, ya que, en muchas ocasiones, deben esperar hasta el final de la mañana para poder ser dados de alta, debido a que debemos esperar a que las altas estén hechas y, nos obliga a subir a la propia planta del paciente para poder entregársela físicamente.

En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, hemos cambiado el protocolo de ingreso de algunas intervenciones quirúrgicas, como son los sondajes lagrimales, con el fin de que esos pacientes puedan ser dados de alta a lo largo de la mañana, sin necesidad de ocupar una cama más tiempo que el estrictamente necesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Planteamos la posibilidad de incorporar el programa Hp doctor al ordenador del cuarto de estar del personal sanitario del quirófano 18 y 19 para que cada cirujano pueda redactar el alta del paciente en un formato reglado y formal y así poder darla desde el quirófano, sin necesidad de dilatar el tiempo de estancia del paciente. En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, podríamos redactar las altas de los pacientes que ingresan esa misma mañana, para llevar a cabo un sondaje lagrimal, sin necesidad de complicar la estancia del niño y sin sobrecargar de trabajo al personal de enfermería de la planta. A la hora de dar el alta administrativa, descargaríamos de trabajo a las secretarías, disminuiríamos los errores de transcripción, acortaríamos los tiempos de permanencia hospitalarios de los pacientes y dejaríamos camas libres antes del mediodía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Redactar los facultativos de la sección de oftalmología pediátrica las altas quirúrgicas, en el antequirófano, de los pacientes a los que se les realiza un sondaje lagrimal simple, sin necesidad de que tengan que esperar toda la mañana en la planta de lactantes a que se les entregue la misma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Cuantificar tiempo de permanencia hospitalaria de los pacientes de la sección de oftalmología pediátrica que van a ser sometidos a sondaje lagrimal simple.
- Valorar número de altas que han tenido que ser modificadas por errores tipográficos.
- Recoger horas de salida del hospital de los pacientes pediátricos ingresados para sondaje lagrimal simple.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero: Formación en el programa Hp doctor

Marzo-Noviembre: Realización de altas por parte de los oftalmólogos de la sección de oftalmología pediátrica.

Noviembre: Revisión del tiempo de estancia (en horas) de los pacientes ingresados para la realización de un sondaje lagrimal. Revisión del número de altas hechas desde Marzo del 2019 y cuantificar las que tienen errores modificables.

Diciembre: Realizar estadística del tiempo de permanencia hospitalaria (medido en horas) en pacientes de oftalmología pediátrica que vayan a ser sometidos a un sondaje lagrimal simple, así como del porcentaje de camas que se quedan libres antes del mediodía.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Formación, por parte de los facultativos de la sección de oftalmología pediátrica, en el programa Hp doctor.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0097 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIFICO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

2. RESPONSABLE CONSTANZA CARMELLO ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CASAS PASCUAL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ RUIZ NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BARTOLOME SESE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BERNOILLES ALCALDE JULEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El desprendimiento de la membrana de Descemet (DMD) produce edema corneal y visión borrosa. Bernard Samuels lo describió en 1928. Scheie lo constató en 1964 como complicación tras cirugía de catarata. Con la introducción de la tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior estos desprendimientos pueden ser diagnosticados de una manera más específica analizando las áreas patológicas de una forma más objetiva. Los DMD se producen principalmente tras la cirugía de catarata o tras cirugía de trasplante de endotelio corneal (DMEK o DSAEK), en las que muchas veces se necesita reforzar la adhesión del injerto endotelial al resto de capas corneales. Aunque se han descrito casos de resolución espontánea, en la mayoría de pacientes es necesario promover la unión de las capas corneales. Para ello se inyecta en cámara anterior aire o gas (SF6 principalmente) y así se empuja el endotelio hacia una posición más anterior y se estimula su adhesión al resto de capas. Esta maniobra se realiza en quirófano y para ello sería conveniente que los facultativos dispusiéramos de un consentimiento informado específico de la técnica para poder informar de una forma más adecuada del objetivo y de los riesgos de la misma a nuestros pacientes. Durante el 2018 en nuestro servicio se han registrado algunos casos de DMD tras cirugía de catarata y tras la técnica de trasplante endotelial con DMEK o DSAEK, en los que se ha tenido que recurrir a la realización de esta técnica quirúrgica. Incluso existe un caso de DMD tras una perforación corneal por un herpes. En estas situaciones se ha tenido que realizar un consentimiento informado de forma manual dado que no se dispone de uno redactado que recoja los riesgos y beneficios de forma sistemática de la maniobra.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la comunicación y la comprensión de la técnica quirúrgica por parte de los pacientes y de sus acompañantes a través del consentimiento informado específico de la técnica quirúrgica. Garantizar que el médico ha propuesto y ha explicado a un paciente la técnica quirúrgica descrita, tanto si el paciente accede a la realización de la técnica como si la rechaza. Mejorar la calidad asistencial al reducir tiempos de espera debido a la existencia de un consentimiento redactado que no necesita ser elaborado en cada caso de DMD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se elaborará el consentimiento informado por medio de una revisión bibliográfica extensa del tema para incluir en él los beneficios y los riesgos de la técnica quirúrgica. Se realizará una reunión de los facultativos especialistas en polo anterior del servicio de oftalmología para constatar que dicho documento es acorde a la buena práctica clínica y que en él se resumen los fundamentos de la maniobra quirúrgica. Se cuantificará el uso de dicho consentimiento informado para evaluar a final del período de que manera a facilitado la atención clínica de los pacientes. Se pedirá a los pacientes que valoren en una escala de 0 a 10 si a través de la lectura de dicho consentimiento informado y junto con las explicaciones de su oftalmólogo han sido capaces de entender el procedimiento quirúrgico que se les iba a realizar, junto con sus riesgos y sus beneficios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cuantificar el número de casos y consentimientos informados que han sido utilizados a lo largo del año. Cuantificar los consentimientos informados en los que los pacientes han aceptado y han rechazado la técnica quirúrgica. Cuantificar el tiempo que se reduce al tener el consentimiento informado preparado para entregárselo al paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Calendario:
Febrero-Marzo 2019: realización de una búsqueda bibliográfica sobre el tema y elaboración del borrador del consentimiento
Marzo 2019: Reunión de los facultativos de polo anterior para que cada uno exprese su opinión en relación al mismo y cómo puede mejorarse para garantizar una mejor comunicación y comprensión del paciente.

Proyecto: 2019_0097 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIFICO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

Abril 2019: Comienzo de uso del nuevo consentimiento informado

Abril- Diciembre 2019: Cuantificación del número de consentimientos utilizados y valoración por parte de los pacientes del mismo y de la comprensión del procedimiento quirúrgico.

9. RECURSOS NECESARIOS.

La formación y la experiencia del personal involucrado en el proyecto.

Búsqueda bibliográfica de artículos sobre la técnica quirúrgica.

La redacción del consentimiento y la impresión del mismo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

2. RESPONSABLE ENRIQUE MINGUEZ MURO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
- SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
- BARTOLOME SESE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
- BUEY SAYAS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El LVSQ ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El listado de epígrafes que deben revisarse, incluyen una serie de ítems generales que resultan adecuados para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico: Identificación del paciente, localización del sitio a tratar, existencia de consentimientos etc. mientras que otros están pensados para cirugías de cierta envergadura (previsión de riesgo de hemorragias, riesgo anestésico etc). En oftalmología más del 95% de las intervenciones se realizan bajo anestesia local y la posibilidad de que existan repercusiones sistémicas debidas a la intervención son excepcionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Modificar el texto actual del LVSQ utilizado en el Hospital Clínico Lozano Blesa, para adecuarlo a las características especiales que se dan en la cirugía ocular, haciéndolo más atractivo para el profesional y aumentando la seguridad para el paciente, al consignar riesgos específicos de este tipo de cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Análisis del actual documento de verificación para detectar aquellos epígrafes que pudieran ser sustituidos sin afectar a la seguridad del paciente. Todos los miembros del equipo.
- Evaluación de las causas más habituales de efectos adversos evitables en cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.
- Redacción de nuevos ítem específicos para cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Documento consensado y aprobado

Revisión aleatoria de historias clínicas de pacientes intervenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo-Abril 2019: Evaluación del actual documento de verificación, para determinar los epígrafes que puedan ser sustituidos.

Mayo-Junio 2019: Redacción de nuevos epígrafes específicos para cirugía ocular

Julio 2019. Remisión del documento para su aprobación.

Setiembre-Octubre de 2019. Implantación del nuevo documento de verificación.

Noviembre 2019. Análisis de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

Modificar el texto actual del LVSQ utilizado en el Hospital Clínico Lozano Blesa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO SANCHEZ MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ NAVARRO ITZIAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· IBÁÑEZ ALPERTE JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La catarata se trata de una enfermedad causada por la pérdida de transparencia del cristalino asociada, en la mayoría de los casos, a la edad. Debido al envejecimiento poblacional, esta patología se ha convertido en una de las cirugías más realizadas en nuestro ámbito y que, por tanto, requiere una protocolo de actuación específico para las listas de espera quirúrgicas.

En la actualidad, a los paciente se les realiza una consulta oftalmológica preoperatoria en la que se lleva a cabo una valoración exhaustiva de su patología y son incluidos en lista de espera. Posteriormente, tienen que acudir a una consulta de valoración anestésica previa a la cirugía.
El paciente queda a la espera de la cirugía sin saber una fecha concreta para la intervención.

Durante el último año se ha detectado una excesiva demora para la consulta oftalmológica preoperatoria en el centro sanitario de alta resolución (C.S.A.R.) de las Cinco Villas por lo que nuestra propuesta de mejora consiste en disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico, pudiendo asignar al paciente el mismo día de la consulta la fecha de la cirugía. Para ello, es necesaria una colaboración estrecha entre los Servicios de Anestesia y Oftalmología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Reducir el tiempo de espera quirúrgico en la cirugía de cataratas en el C. S. A. R. Cinco Villas y mantener informado al paciente acerca de los plazos de la intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Establecer un protocolo específico de canalización, basado en la experiencia de otros centros hospitalarios y proponer este circuito al Servicio de Anestesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Evaluación trimestral del tiempo de espera quirúrgico, desde el momento que se apruebe el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación trimestral del tiempo de espera quirúrgico en días)
Fecha de final del proyecto: Enero de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

2. RESPONSABLE ITZIAR PEREZ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ ALPERTE JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ MORALES JUANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CHACON VALLES MANOLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El glaucoma es una enfermedad que afecta al nervio óptico, se produce por un incremento de la presión intraocular, provocado a su vez por una obstrucción en la salida del humor acuoso del ojo. Constituye la principal causa de ceguera irreversible a nivel mundial.

Cada vez hay más pacientes con glaucoma que requieren tratamiento crónico con gotas o que por su condición de glaucoma refractario necesiten un procedimiento quirúrgico.

En la actualidad existe una alternativa mínimamente invasiva al tratamiento quirúrgico convencional, es la colocación de un dispositivo de drenaje (ab interno) que crea una nueva vía de flujo de salida del humor acuoso: son los procedimientos MIGS (Minimally invasive glaucoma surgery) que permiten controlar la presión intraocular, y por tanto el glaucoma. Su implantación se realiza a través de una cirugía mínimamente invasiva, lo que acorta y simplifica la intervención, reduce y mejora la recuperación del paciente, disminuye las complicaciones y aumenta la seguridad de la intervención. Además su implantación puede ser una opción para aquellos paciente con problemas de superficie ocular a causa del tratamiento tópico con colirios antiglaucomatosos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Evaluar la eficacia de un procedimiento MIGS tipo XEN en términos de reducción de presión intraocular (PIO) y de reducción de tratamiento hipotensor tópico a los 6 meses de seguimiento en pacientes con glaucoma.

Valorar si existe una mejora de la calidad vida en aquellos pacientes con glaucoma que se les realice cirugía de implante de dispositivo XEN.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Seleccionaremos a los pacientes tributarios de esta técnica.

Los pacientes que sean sometidos a la implantación quirúrgica de XEN, serán revisados en las consultas especializadas de glaucoma en el postoperatorio inmediato a la semana, mes, 3 meses y 6 meses posteriores a la cirugía.

Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos con esta técnica para analizar el grado de efectividad y compararla con las técnicas quirúrgicas convencionales.

No es necesario material quirúrgico adicional ni nuevo personal, ya que los miembros de la sección de glaucoma esta ya formados para la realización de esta nueva técnica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Determinación de la presión intraocular y evaluación oftalmológica general en cada una de las revisiones.
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.
- Encuestas de satisfacción y mejora de calidad de vida tras el procedimiento microinvasivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación semestral del número de pacientes incluidos para esta técnica)
Fin del proyecto con valoración de los indicadores descritos: Enero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE IRENE TORRES RAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANJOAQUIN CONDE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· BELTRAN ROSEL ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUESO INGLAN PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones son, conjuntamente con las complicaciones tromboembólicas, la segunda causa de muerte en los pacientes con cáncer.

Los pacientes en tratamiento con quimioterapia están expuestos a un mayor riesgo de padecer infecciones: reactivación de infecciones latentes o infecciones nosocomiales (hospitalizaciones, uso de catéteres venosos o urinarios, otros dispositivos o manipulaciones a las que son sometidos).

De entre todas las complicaciones infecciosas que pueden padecer, es de especial interés la neutropenia febril, definida como la aparición de fiebre (temperatura > 38°C en un periodo superior a una hora) o signos clínicos de sepsis en un paciente con un recuento absoluto de neutrófilos < 500/ mm³ o < 1000/ mm³ pre-nadir.

La incidencia de la neutropenia febril es variable (2-50%), y depende de los factores de riesgo individuales de cada paciente, del tipo de neoplasia y del tipo de tratamiento. La mayoría de los pacientes con neoplasia sólida en tratamiento con quimioterapia experimentan episodios de gravedad leve o moderada; sin embargo, las tasas de complicaciones serias (25-30%) y de mortalidad (9-12%) son elevadas en los pacientes de riesgo alto, pudiendo alcanzar tasas de mortalidad de hasta el 50% en el caso de las sepsis graves o shock séptico.

El tratamiento antibiótico empírico debe aplicarse de forma precoz, tras la anamnesis y extracción de muestras para cultivo, debido a que una demora en la administración del mismo puede comprometer el pronóstico del paciente.

Se han desarrollado diferentes escalas validadas que pretenden discriminar el grado de gravedad del episodio de neutropenia febril. La escala Quick-SOFA (qSOFA), diseñada no sólo para pacientes con neutropenia febril, permite identificar los pacientes que están desarrollando una sepsis. Con la escala MASCC podemos evaluar la gravedad de la neutropenia febril. Por último, con la escala CISNE se puede predecir el riesgo de complicaciones mayores en aquellos pacientes que presentan una situación clínica aparentemente estable.

El objetivo de la evaluación de la infección en estos pacientes es predecir el riesgo de complicaciones graves y, por lo tanto, la necesidad de ingreso hospitalario y tratamiento parenteral. De forma paralela, la detección de los casos de riesgo bajo de complicaciones pretende reducir el sobretreatmento de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Diagnóstico precoz de los episodios de neutropenia febril en pacientes con neoplasias sólidas en tratamiento con quimioterapia que acuden a urgencias e identificar el grado de gravedad.

Aplicar un tratamiento antibiótico precoz, de espectro más o menos amplio en función de su gravedad.

Plantear altas hospitalarias desde el servicio de Urgencias, con cobertura antibiótica oral, en los casos detectados de riesgo bajo.

Evitar el tratamiento antibiótico de amplio espectro prolongado de forma innecesaria en los pacientes que requieren hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1ª fase:

Realización de un procedimiento diagnóstico-terapéutico de la neutropenia febril en el paciente con neoplasia sólida en base a las recomendaciones de las sociedades científicas de Oncología Médica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, aplicado a las condiciones de nuestro centro.

2ª fase, de implementación, con diferentes actividades para cada uno de los servicios.

Servicio de Urgencias:

Evaluación inicial precoz del paciente

Estratificación del riesgo en función de escala de sepsis (qSOFA) y, en ausencia de datos clínicos de gravedad, escala MASCC.

Administración de tratamiento antibiótico empírico en un plazo inferior a una hora.

Servicio de Oncología Médica:

Reevaluación de la gravedad del paciente en función de la neoplasia y del tipo de tratamiento.

Estratificación del riesgo en pacientes aparentemente estables mediante la escala CISNE.

Decisión del destino del paciente (ingreso/ alta).

Servicio de Medicina Interna - Sección de Enfermedades Infecciosas:

Asegurar la adecuación del tratamiento antibiótico según aislamiento microbiológico y en función de la situación clínica.

Servicio de Microbiología:

Comunicar los resultados microbiológicos a los servicios implicados en el tratamiento (Oncología Médica, Infecciosas)

Proyecto: 2019_0391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes evaluados mediante las escalas qSOFA, MASCC y CISNE (esta última si procede).
Porcentaje de pacientes que pueden ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias.
Tiempo desde la evaluación clínica inicial y administración del tratamiento antibiótico empírico de espectro adecuado según la clasificación del riesgo estimado.
Evaluación de resultados al cabo de 6 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración del protocolo diagnóstico - terapéutico y distribución de las actividades a llevar a cabo por el equipo.
Abril y mayo de 2019.
Inicio en junio.2019 y desarrollo a lo largo del 2019, por un periodo de 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No son necesarios recursos adicionales

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_0450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

2. RESPONSABLE GERMAN VALTUEÑA PEYDRO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CORRAL DELGADO SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• IBÁÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• SOPEÑA SANZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• PEREZ CASADO BEATRIZ. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• SANTALIESTRA SALLAN MONICA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• POLA VIGATA LORETO. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
• PEREZ MALUENDA PATRICIA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del Hospital de Barbastro. El facultativo se integrará en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HB.

La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas.

A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes o martes, hasta el HB en horario de 8:00 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1. Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.

2. Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.

En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a OR, comunicando la decisión adoptada.

Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.

Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.

Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.

3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.

Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 100 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el Hospital San Jorge.

Los indicadores que se utilizarán son:

1- Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HB/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HB

Proyecto: 2019_0450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.
2- N° de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HB/N° total de pacientes tratados en UCMORA.

El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta de OR.
Los indicadores se evaluarán semestralmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal alternando la consulta los días lunes y martes del año que sean laborables.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dos facultativos de UCMORA disponibles para desplazarse alternadamente con periodicidad semanal hasta él HB.
Soporte administrativo para la organización de las citaciones de pacientes en primera visita y en seguimiento

10. OBSERVACIONES.

No

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0131 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS

2. RESPONSABLE MARIANO ANDRES LOPEZ VAZQUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA SIMON LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- GASOS LAFUENTE ANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

A la hora de informar a los pacientes ingresados en la planta de otorrinolaringología en algunas ocasiones se producen situaciones incómodas por presentarse distintos familiares exigiendo información y a veces sin el consentimiento del paciente.

Con la creación del consentimiento queremos que el paciente seleccione a un familiar o amistad para recibir la información de su estado clínico y mejorar la relación médico-paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Utilizar el consentimiento de información de los pacientes ingresados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica de los aspectos bioéticos de la relación medico-paciente.

Diseño del consentimiento.

Discusión en sesiones del servicio.

Puesta en marcha

Una vez realizado se evaluará en distintas sesiones de servicio para valorar si cumple los objetivos y realizar las modificaciones pertinentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Al final del primer año esperamos conseguir la implementación de dicho consentimiento por todos los miembros del servicio y que se cumplimente en el 80% de los ingresos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero- Marzo selección búsqueda bibliográfica.

Abril-Junio realización del consentimiento

Julio-Septiembre discusión y empezar a implementarlo

Octubre-Diciembre implantación definitiva

2020 control

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en el Servicio de otorrinolaringología

• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0132 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE LOS DOCUMENTOS Y ACCIONES NECESARIAS PARA LA CREACION DE LA UNIDAD DE OTONEUROLOGIA

2. RESPONSABLE CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAVILLA MARTIN DE BALMASEDA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL GRASA GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MATALLANA BARAHONA SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ BUIL JESSICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La patología vestibular, fundamentalmente el síndrome vertiginoso, es complicada de estudiar y tratar. Los paciente aquejados de esta patología se sienten muchas veces incomprendidos y abandonados. La etiología es muy variada y a veces no hay mejoría en su situación o curación completa. Queremos crear una unidad de otoneurología para el estudio, tratamiento y control de los paciente con síndrome vertiginoso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es mejorar la atención de los pacientes con vértigo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Estudio y diseño de una unidad de otoneurología.
Revisión bibliográfica y estudio de otras unidades en España.
Discusión y valoración en distintas sesiones de servicio.
Puesta en marcha de la unidad y valoración de la misma y de los distintos problemas surgidos tanto a nivel de personal como de material.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Crear una consulta de otoneurología y puesta en marcha de la misma con un facultativo responsable.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación unidad de otoneurología febrero-Noviembre 2019
Control 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y EVALUACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS INFORMATIZADOS

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO ALFONSO COLLADO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA SIMON LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- VELA GAJON PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- MATALLANA BARAHONA SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
- SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.

En los protocolos quirúrgicos es muy importante que estén todos los pasos quirúrgicos, hallazgos intraoperatorios y demás información para seguimiento y valoración de la patología del paciente. La variabilidad de los cirujanos es muy grande a la hora de completar dichos protocolos por lo que queremos diseñar protocolos quirúrgicos informatizados para que haya una homogeneización a la hora de completarlos y que contenga la mayor información posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar la información de la actividad quirúrgica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Por secciones se seleccionaran las actividades quirúrgicas mas frecuentes para realizar los protocolos. Se realizara revisión bibliográfica del tema. Cada sección realizara los de su área. Se debatirán en distintas sesiones de servicio. Una vez realizados los primeros se evaluara los mismos en distintas sesiones de servicio para valorar si cumple los objetivos y realizar las modificaciones pertinentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se hará control aleatorio de distintas intervenciones quirúrgicas para verificar su realización. Al final del primer año esperamos conseguir la aprobación de dichos protocolos por todos los miembros del servicio y que se cumplimente en el 80% de la intervenciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero- Marzo selección de las actividades quirúrgicas por secciones y búsqueda bibliográfica.
Abril-Junio realización de los mismos
Julio-Septiembre discusión y empezar a realizarlos.
Octubre-Diciembre implantación definitiva de los mismos
2020 control

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología otorrinolaringológica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ANGELA MARINA ASCASO MATAMALA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LLORENTE CEREZA MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- BUENO LOZANO MARIA GLORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- GONZALEZ GAYAN LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- HUERTA BLAS PALOMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- BORQUE NAVARRO ELENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- BEAUMONT ROMEA NURIA. EIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
- AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este proyecto va dirigido a la detección y manejo de nuevos casos de pacientes pediátricos en el debut de diabetes tipo 1 así como complicaciones asociadas a esta enfermedad.

La Diabetes Mellitus (DM) describe un complejo desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambos. Presenta alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, en el metabolismo lipídico y proteico, lo que conlleva una morbimortalidad en forma de complicaciones micro y macrovasculares.

La DM tipo 1 supone una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica, hasta el 90% de las diabetes en la infancia y adolescencia de países occidentales. La incidencia de DM1 varía de manera significativa entre diferentes países. España se sitúa con una prevalencia entre 0.2-0.3%, con tasas de incidencia anuales media de 20,6/100.000 en menores de 15 años. Existe un incremento de incidencia anual media global, siendo mayor en el grupo de < 5 años. En Aragón, la incidencia bruta del periodo 1991-2017 es de 18,2 casos/105hab.

Según los criterios dados por el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes -ADA-, para el diagnóstico de DM, deben cumplirse uno de los siguientes apartados:

- Glucemia al azar de 200 mg/dl o superior con síntomas clásicos de diabetes.
- Glucemia en ayunas (8 horas sin ingesta calórica) =126 mg/dl.
- En el estudio con la sobrecarga oral de glucosa (SOG): La glucemia debe igualar ó > 200 mg/dl a los 120 min.
- HbA1c = 6,5 %.

Realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento y seguimiento correctos en el diagnóstico y a largo plazo son labores fundamentales, para evitar la morbilidad aguda y para prevenir, retrasar o tratar precozmente las complicaciones crónicas. Por todo esto, es necesario una adecuada actuación, conocimiento de la enfermedad y del manejo en el tratamiento del debut diabético en urgencias así como las complicaciones y comorbilidades derivadas de esta enfermedad.

1. Barrio R. Diabetes mellitus tipo 1. Tratamiento. An Pediatr Contin. 2003; 1(1): 21-6.
2. Dabelea D, Rewers A, Stafford JM, et al. Trends in the prevalence of ketoacidosis at diabetes diagnosis: the SEARCH for diabetes in youth study. Pediatrics 2014; 133:e938.
3. American Diabetes Association. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes - 2018. Diabetes Care 2018 Jan; 41 (Supplement 1): S126-S136

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto está dirigido a todos los pacientes pediátricos (0 a 14 años) que acuden a las urgencias del HCU Lozano Blesa. Nuestros objetivos son:

- a) Detección de nuevos casos de diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos
- b) Clasificación del debut diabético con o sin cetoacidosis.
- c) Manejo del debut en urgencias con un protocolo unificado: tratamiento con fluidoterapia intravenosa, tratamiento con insulina intravenosa, tratamiento con insulina subcutánea
- d) Manejo de las complicaciones asociadas a la DM tipo 1: enfermedades intercurrentes, hipoglucemias, hiperglucemias, vómitos, deshidratación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica de la evidencia científica

Reuniones con los participantes y distribución de tareas

Elaboración de protocolo de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1,

Proyecto: 2019_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

con o sin cetoacidosis diabética

Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en urgencias (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad) en niños diagnosticados de diabetes tipo 1.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disponer de los protocolos de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética y enfermedades intercurrentes (estándar 100%)

Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1, que requieren asistencia en urgencias en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019

Aplicación de los protocolos: desde septiembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para el tratamiento individualizado de cada paciente es necesario material disponible en urgencias para toma de constantes vitales, realización de analítica sanguínea y tratamiento con fluidoterapia e insulino terapia junto con disponibilidad de glucómetro y realización de β -OH Butirato (tira reactiva OPTIUM®).

Es necesaria la colaboración y entrenamiento multidisciplinar del equipo médico, enfermería y auxiliares que desempeñan su labor en las urgencias de pediatría. A su vez, se requieren reuniones de trabajo por parte de los servicios de Endocrinología pediátrica, Urgencias y Hospitalización pediátrica, junto con la colaboración del servicio de enfermería pediátrica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA POBLACION PEDIATRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACION

2. RESPONSABLE LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ JALLE MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ESCARTIN MADURGA LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ENCINAS GABARRUS JENNIFER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· JIMENEZ ROYO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· LALIENA OLIVA CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· PESTANA GALLARDO DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad los pacientes pediátricos que precisan sedación o anestesia para realizar algún procedimiento diagnóstico, como por ejemplo resonancia magnética, ingresan el día anterior y pernoctan una noche en el hospital con el consiguiente gasto sanitario, malestar para el paciente y trastorno familiar. Se pretende elaborar un protocolo para que estos pacientes puedan ingresar la misma mañana en la que se le realice el procedimiento con sedación/anestesia y evitar así una noche de hospitalización. Para ello será necesario realizar una hoja informativa para la familia con las normas a seguir durante la tarde-noche anterior al procedimiento, especificando tiempo de ayuno y actitud a seguir en caso de que presente patología intercurrente (proceso infeccioso...) que pudiera justificar suspender el procedimiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes que ingresan para la realización de procedimientos que precisen sedación.
- Disminuir el malestar que genera en el niño estar hospitalizado
- Disminuir el trastorno familiar y laboral que supone un día más de hospitalización

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaborar un protocolo de actuación para la realización de procedimientos con sedación/anestesia en los pacientes pediátricos con hospitalización el mismo día de la prueba
- Realización de sesiones informativas con el servicio de pediatría y enfermería pediátrica, anestesia y servicio de radiología para comunicar los cambios en cuanto a la actuación a seguir con estos pacientes
- Elaboración de hojas informativas que se entregarán a los padres en el momento de petición de la prueba diagnóstica, en las que se indicará el tiempo de ayuno necesario y las situaciones en las que se debería posponer la sedación (procesos infecciosos intercurrentes..), para ello se facilitará un teléfono al que comunicar cualquier incidencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Disponer de un protocolo y haber empezado su aplicación en un mínimo de 5 pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-abril:
 - Reuniones con los distintos profesionales implicados para revisar los objetivos del proyecto
 - Elaboración de la hoja informativa que se entregará a los padres
- Mayo-Diciembre:
 - Implantación del protocolo
- Diciembre- Enero:
 - Analizar los resultados
 - Emitir informe de los mismos
 - Difundir y discutir el informe a los miembros del servicio de pediatría antes de realizar el informe final para la dirección del centro

9. RECURSOS NECESARIOS.

Coordinación entre los distintos profesionales implicados en el ingreso de estos pacientes

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA POBLACION PEDIATRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACION

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología que implique la realización de pruebas diagnósticas con sedación/anestesia
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0283 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

2. RESPONSABLE MARIA PILAR COLLADO HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO LOZANO OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· VALLE GUILLEN SOFIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· TRUJILLANO LIDON CARMEN LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· RONCAL SOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· SANCHEZ LUÑO PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MALLÉN ALASTUEY MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en los países desarrollados, apareciendo en un 0,3 y un 0,6% de los recién nacidos europeos. Ante una primoinfección durante el embarazo (1-4% de las gestantes) el 40% de los niños se infecta y el 1% desarrollan secuelas permanentes, especialmente retraso mental e hipoacusia neurosensorial, suponiendo hasta el 40% de las profundas. Por éste motivo es primordial la detección precoz de CMV en niños con un cribado acústico negativo al facilitar la rápida intervención para poder disminuir las consecuencias de su infección congénita. Se ha comprobado que la puesta en marcha de los programas de Cribado Auditivo Neonatal mediante las Otoemisiones Acústicas y la detección en ellos del CMV han supuesto un antes y un después en la atención a los niños con hipoacusia severa-profunda congénita. El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que permita detectar precozmente la infección por CMV en recién nacidos con cribado acústico negativo e iniciar medidas terapéuticas que permitan minimizar la morbilidad de la infección congénita. En la actualidad no disponemos de un protocolo establecido para la continuidad en el seguimiento de los recién nacidos con cribado acústico negativo. Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la protocolización de éstos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se pretende crear un protocolo de actuación ante una hipoacusia neonatal que permita diagnosticar de infección congénita por CMV a todos los recién nacidos en el HCU con otoemisiones acústicas negativas para iniciar precozmente la terapia antiviral y disminuir las secuelas auditivas y neurológicas que pueda suponer. Será preciso la colaboración de los servicios de Nidos, Neonatología, Infecciosos pediátricos, Microbiología y Consultas Externas de Pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los resultados de las otoemisiones acústicas serán introducidos en una base excell por personal sanitario de los servicios de Nidos y Neonatología. La coordinadora del proyecto recopilará los recién nacidos en el HCU a partir del año 2019 que tienen otoemisiones acústicas negativas. Estos niños serán informados telefónicamente de la cita en consultas externas de pediatría donde repetirán el cribado acústico y recogerán en ese momento muestra de orina para detección microbiológica de CMV mediante carga viral (PCR) si persiste cribado acústico negativo. En el caso de que la carga viral sea positiva estos niños acudirán a la consulta de Infectología Pediátrica que continuará con el estudio y tratamiento en caso necesario. Se pretende así diagnosticar precozmente la infección congénita más prevalente en nuestro medio para disminuir sus secuelas y contribuir a una mejora de la calidad asistencial y al adecuado uso de los recursos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores: Disponer del protocolo de actuación ante otoemisiones negativas en el recién nacido.
Evaluación: revisión de todos los recién nacidos en el HCU durante el año 2019 que presentan otoemisiones acústicas negativas que han debido ser citados en Consultas Externas de Pediatría, comprobando que se ha repetido el cribado acústico y se ha iniciado la recogida de orina para detección de CMV en el 80% de aquellos cuyo resultado persiste negativo. Se evaluará también que el 100% de los niños con detección positiva de CMV han sido valorados en la consulta de Infectología Pediátrica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Serán revisados los recién nacidos en el HCU a partir del 2019 por parte de la coordinadora del equipo, en base a los datos introducidos en la hoja excell accesible los servicios implicados. Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la detección de la infección congénita por CMV se realizará este proyecto de manera indefinida.

Población diana: Recién nacidos atendidos en el Hospital Clínico de ambos sexos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Hoja excell accesible a los servicios de Nidos, Neonatología y Consultas externas. Personal sanitario habitual de los servicios implicados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0283 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y USO DE HOJA DE CALCULO PREDISEÑADA PARA LA OBTENCION DE DOSIS DE MEDICACION Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIATRICOS

2. RESPONSABLE PALOMA HUERTA BLAS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CUADRON ANDRES LORENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - ARTIGAS CLEMENTE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - ESCARTIN MADURGA LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - PESTANA GALLARDO DIANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
 - MARTINEZ VELASCO PALOMA. EIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los niños que consultan en una Unidad de Urgencias Pediátrica se presentan con necesidades variables en función de la edad, características personales y la patología por la que consultan. Los servicios de Urgencias deben, por lo tanto, ofrecer una atención protocolizada, segura y suficiente en la totalidad de las ocasiones. Para ello se han desarrollado diferentes guías consensuadas que hacen referencia a la infraestructura, equipamiento, dotación, formación del personal, organización y seguridad del paciente. La dosificación de los medicamentos en situaciones de emergencias pediátricas es en ocasiones una fuente de stress para la mayoría de los médicos y enfermeras. Esto puede ser atribuible a la falta de estandarización de las dosis de los fármacos para una gran mayoría de medicinas pediátricas, que requieren poco tiempo para calcularse y con pequeños márgenes de error. En un esfuerzo por reducir el potencial de error y la ansiedad durante la administración de estos medicamentos de cuidados críticos pediátricos se plantea la elaboración de una hoja de cálculo prediseñada y estandarizada para la obtención de dosis y material para las emergencias pediátricas según peso y edad del niño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Proporcionar un aumento de la seguridad del uso de medicamentos en situaciones de emergencia al eliminar cálculos personales y así minimizar los riesgos de error.
- Disponer de una completa y ordenada variedad de fármacos para reanimación e infusiones, así como el empleo de los medicamentos y material más usados en las emergencias Pediátricas.
- Usar un formato simple y visual que permita con la simple introducción del peso del niño el cálculo automático de toda la información necesaria en cuanto a fármacos y material de emergencias se refiere.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se plantea el diseño de una completa hoja de cálculo de dosis según peso y edad del niño con la inclusión de fármacos y material de uso frecuente en las emergencias pediátricas. Antes de su implementación, la hoja de cálculo de medicamentos será revisada y aprobada por los facultativos de Pediatría del Servicio. Se proporcionará una educación intrahospitalaria extensa tanto a los facultativos de Pediatría, residentes de Pediatría como a las enfermeras de Pediatría para uso de la hoja de dosificación. La hoja de medicación podrá ser extrapolada a las distintas unidades donde los pacientes pediátricos reciben cuidados, ya que todas estas áreas pueden ser susceptibles de administrar fármacos durante las emergencias pediátricas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Número de errores de dosificación respecto al número total de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería (estándar 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Diseño de la hoja de cálculo estandarizada (Marzo- Abril 2019)
- Revisión y aprobación de la hoja de cálculo por el resto de facultativos de pediatría (Abril- Mayo 2019)
- Realización de sesiones informativas y educación intrahospitalaria de uso de la hoja de dosificación (Mayo 2019- Mayo 2020, periodicidad por establecer según necesidad y demanda de personal)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se disponen de los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y USO DE HOJA DE CALCULO PREDISEÑADA PARA LA OBTENCION DE DOSIS DE MEDICACION Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIATRICOS

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología urgente pediátrica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN URGENCIAS/HOSPITALIZACION EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LLORENTE CEREZA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• GONZALEZ GAYAN LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• ESCRIBANO GARCIA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• ARTIGAS CLEMENTE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• BONAFONTE DIEZ LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
• BUENO LOZANO MARIA GLORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La terapia con Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI) representa una alternativa terapéutica para la administración de insulina en pacientes con diabetes tipo 1 y es el método actualmente disponible que mejor imita la secreción fisiológica de insulina del páncreas.

Los sistemas ISCI actuales son sistemas abiertos que administran insulina de acción rápida a través de un catéter con una cánula que se coloca en el tejido subcutáneo. Esta secreción se administra en forma de perfusión basal y bolos. La dosis basal sigue una programación configurada en pequeños pulsos, permitiendo ajustar la dosis por tramos horarios adaptados a las necesidades individuales a lo largo de 24 horas y a los diferentes fenómenos fisiológicos (alba, atardecer, etc.). La insulina en bolos es la que se administra por el paciente antes de una comida o para corregir una hiperglucemia, existiendo 3 tipos de administración: normal, cuadrado y dual. Con todo ello, se ha demostrado un mejor control metabólico de la enfermedad (HbA1c), con disminución del número y frecuencia de hipoglucemias, y con mejoría de la calidad de vida.

La Orden del 5 de noviembre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, regula la prestación de las bombas de infusión continua de insulina en el Sistema de Salud de Aragón (1). Una de las principales indicaciones clínicas para el tratamiento con ISCI es la existencia de hipoglucemias graves y las necesidades muy bajas de insulina, algo frecuente en los niños pequeños sobretodo(2). Tras la configuración inicial del ISCI, deben existir continuamente ajustes en los diferentes parámetros de configuración de insulina basal y en bolos, según los patrones glucémicos individualizados en el tiempo. Es importante para el éxito con estos sistemas de tratamiento, contar con una formación estructurada dirigida a facilitar la autonomía del paciente y/o de la familia, para el manejo del sistema con eficacia y seguridad.

Se hace necesario por tanto, la elaboración de protocolos de actuación tanto para padres en un primer momento, como para los profesionales que atienden a estos niños o adolescentes a nivel de atención primaria, urgencias o ante una hospitalización, de pautas a seguir ante posibles descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes.

1- Ley 16/2003, de 28 de mayo por la que se establece la autorización para la financiación con fondos públicos de bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina. BOA 29/11/2004, nº140.

2- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes October 2018;19 (suppl.27):115-135.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaboración y aplicación de protocolos de actuación en urgencias/hospitalización ante pacientes en edad pediátrica con Diabetes tipo 1 en tratamiento con ISCI, que acudan a urgencias del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" o requieran hospitalización por descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica de la evidencia científica

Reuniones con los participantes y distribución de tareas

Elaboración de protocolo de actuación ante descompensaciones metabólicas (hipoglucemia/hiperglucemia) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.

Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad que requiera hospitalización..) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica. Poner en conocimiento de los pediatras de atención primaria.

Aplicación de los protocolos en los pacientes con diabetes tipo 1 portadores de bomba con ISCI, atendidos en urgencias/hospitalización pediátrica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Disponer de los protocolos de actuación ante descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes en niños con diabetes tipo 1 portadores de bomba de ISCI (estándar 100%)

Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 y portadores de ISCI, que requieren asistencia en urgencias/hospitalización pediátrica en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019

Proyecto: 2019_0460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN URGENCIAS/HOSPITALIZACION EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019
Aplicación de los protocolos: desde septiembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Para la elaboración de estos protocolos de actuación se requieren reuniones de trabajo por parte de los servicios de Endocrinología pediátrica, Urgencias y Hospitalización pediátrica, junto con la colaboración de la enfermera educadora en diabetes.

Para la aplicación de los protocolos es necesaria una adecuada formación de los profesionales, a la vez que recursos materiales como tiras de glucemias capilares y cuerpos cetónicos en sangre, catéteres de bomba, insulinas subcutáneas e intravenosas, sueros orales e intravenosos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

2. RESPONSABLE LUCIA BONAFONTE DIEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCRIBANO GARCIA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GUTIERREZ GARCIA FLOR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ROYO GUILLEN MARIA LOURDES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MALLÉN ALASTUEY MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Conseguir un buen control metabólico en los pacientes pediátricos diagnosticados de diabetes tipo 1, es un objetivo prioritario para un óptimo crecimiento y desarrollo en la edad pediátrica.

La educación diabética consigue aumentar el nivel de conocimiento y habilidades del paciente y su familia ante la enfermedad, lo que lleva a una aceptación de la misma y a una mayor adherencia terapéutica, eliminando miedos e incertidumbres y consiguiendo un mejor control metabólico.

El papel de la enfermera educadora en diabetes, ante un debut diabético en pediatría es la base para la adquisición de conocimientos durante su ingreso hospitalario.

Surge la necesidad de realizar una guía educativa, estructurada en cinco sesiones, para educar tanto al paciente pediátrico como a los familiares.

Ante un debut diabético encontramos los siguientes temas a tratar: técnica de inyección de insulina, autocontrol de glucemia capilar, los diferentes tipos de insulina y su acción, actuación ante situaciones de hipoglucemias e hiperglucemias, conocimiento del manejo de la dieta por raciones, actuación ante el ejercicio físico y situaciones especiales. Estos programas de educación tienen como objetivo proporcionar al niño y a sus familiares, en un corto espacio de tiempo, las habilidades y conocimientos necesarios para que la estancia hospitalaria sea lo más reducida posible y se favorezca un alta segura, así como, capacitar a los niños y a sus familias para poder tomar decisiones sobre su salud de forma que asumen un papel activo en su cuidado y colaboren eficazmente con el equipo sanitario. A su vez se hace necesario completar esta formación en las consultas de seguimiento de estos pacientes, lo que permite resolver dudas acerca del control de su enfermedad para evitar descompensaciones metabólicas y mejorar su calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaboración de una guía informativa para pacientes en edad pediátrica y sus familias, que debutan con diagnóstico de Diabetes tipo 1 que ingresen en la planta de Pediatría del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

En el momento de debut diabético y durante la hospitalización, se pretende realizar una enseñanza estructurada y reglada en conocimientos básicos sobre diabetes con el objeto de conseguir que el paciente y su familia se sientan seguros en la autogestión de su propia enfermedad.

En el seguimiento ambulatorio el objetivo será reforzar dicha educación diabética básica para pasar a contenidos más avanzados.

Con todo lo anterior, se pretende conseguir una mejora en la calidad de la asistencia clínica del paciente pediátrico, así como de su calidad de vida, evitando ingresos por complicaciones metabólicas por falta de información.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión bibliográfica de la evidencia científica.

Reuniones con los participantes y distribución de tareas.

Elaboración de una Guía informativa sobre la Diabetes tipo 1 para aquellos niños que han presentado un debut.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica.

Poner en conocimiento a las pediatras de Atención primaria y al equipo de enfermería.

Poner en práctica las sesiones educativas en los pacientes en edad pediátrica ante ingresos hospitalarios por debut diabético.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores: Disponer de una Guía con sesiones estructuradas para implantarla en nuevos ingresos con debut de Diabetes tipo 1 de pacientes pediátricos.

Evaluación: Mediante una atención diabética continua, eficiente y de calidad se valorará la disminución del número de consultas en Urgencias hospitalarias y de ingresos hospitalarios del niño diabético.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: abril-mayo 2019.

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo 2019.

Aplicación de la guía: desde junio 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones con el personal sanitario que participe en la guía informativa.

Creación de cuadernos para entregar a los pacientes y familiares, con explicaciones y dibujos que favorezcan el entendimiento por parte de los niños.

Proyecto: 2019_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

Elaboración de las sesiones educativas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0861 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ALBERTO ANDRES PUENTE COLINA
· Profesión INGENIERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· PEREZ CADENAS MAR . TECNICO/A SUPERIOR PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· SERRANO BARCOS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· INGLES GARCIA CONCEPCION . MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· SIMON MELCHOR LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· ACHA AIBAR BEATRIZ . ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años se observa un incremento de los casos de Violencia Externa que afectan a los trabajadores de los centros sanitarios del Sector Zaragoza III. Desde el Servicio de PRL, se va a analizar el riesgo con objeto de establecer un conjunto de medidas preventivas que eviten o minimicen los casos de violencia externa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Elaboración de un MAPA de RIESGOS sobre violencia externa en el Sector III.
- Diseñar e implementar un PLAN de ACCION que evite o reduzca la exposición al riesgo de violencia externa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACTIVIDADES DE CARÁCTER FORMATIVO - INFORMATIVO:

- Formación en cómo gestionar un caso de violencia externa.
- Formación en habilidades de carácter emocional en caso de violencia externa.
- Formación práctica en la gestión de un caso de violencia externa.
- Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento (Guía de prevención ante agresiones y Algoritmo de violencia externa).

ACTIVIDADES DE CARÁCTER ORGANIZATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter ORGANIZATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

ACTIVIDADES DE CARÁCTER OPERATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter OPERATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

ATENCIÓN PRIMARIA "URBANO":

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
o Objetivo > 66% 1er año
o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
o Objetivo > 30% 1er año
o Objetivo > 50% 2er año
- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
o Objetivo > 50% 1er año
o Objetivo > 75% 2er año
- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
o Objetivo > 50% 1er año
o Objetivo > 90% 2er año
- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
o Objetivo > 50% 1er año
o Objetivo > 90% 2er año

ATENCIÓN PRIMARIA "RURAL":

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
o Objetivo > 66% 1er año
o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
o Objetivo > 30% 1er año
o Objetivo > 50% 2er año
- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.

Proyecto: 2019_0861 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 75% 2er año
 - Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
 - o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 90% 2er año
 - Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
 - o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 90% 2er año
- URGENCIAS HCU:
- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
 - o Objetivo > 66% 1er año
 - o Objetivo > 99% 2er año
 - Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
 - o Objetivo > 66% 1er año
 - o Objetivo > 99% 2er año
 - Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
 - o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 75% 2er año
 - Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
 - o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 90% 2er año
 - Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
 - o Objetivo > 50% 1er año
 - o Objetivo > 90% 2er año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- DURACIÓN:
- Mayo 2019 - mayo 2021
- CALENDARIO:
- Mayo 2019 - Mayo 2020:
 - o Elaboración MAPA de RIESGOS.
 - o Elaboración PLAN FORMATIVO e implementación parcial según objetivos establecidos.
 - o Elaboración del PLAN de ACCION (medidas preventivas) e implementación parcial según objetivos establecidos.
 - Mayo 2020 - Mayo 2021:
 - o Actualización del MAPA de RIESGOS.
 - o Implementación final del PLAN FORMATIVO según objetivos establecidos.
 - o Implementación final del PLAN de ACCION (medidas preventivas) según objetivos establecidos.
 - o Evaluación del grado real de implementación y consecución de objetivos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- RECURSOS HUMANOS:
- Recursos humanos propios del servicio de PRL.
- RECURSOS MATERIALES:
- Vehículos para el desplazamiento a los centros de salud del Sector.
 - Contratación de formadores externos para la implementación de acciones formativas.
 - Los asociados a las medidas organizativas y operativas que se propongan en el Plan de Acción frente a la violencia externa.

10. OBSERVACIONES.

Se trabajará conjuntamente con la Dirección y coordinadores de centro de salud del Sector III.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EL PROYECTO NO TRATA NINGUNA PATOLOGIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ELENA ZUECO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- ACHA AIBAR BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- SIMON MELCHOR LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En enero de 2015 se elaboró un procedimiento de actuación ante el accidente ocupacional con material biológico. Se trata de un procedimiento complejo de gestión porque requiere varias intervenciones por parte de los trabajadores implicados, supervisores, facultativos, laboratorios, etc y que además, realizamos de forma complementaria el servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el servicio de Urgencias, que atiende al trabajador afectado fuera de nuestro horario laboral.

En base a la experiencia de estos años, se han detectado deficiencias en la gestión sobre todo en determinadas actuaciones del proceso, probablemente debidas a la falta de información y formación, introducción de materiales de bioseguridad, introducción del volante electrónico de petición de laboratorios, presión asistencial, rotación del personal, acceso de nuevos trabajadores al sector, etc, que conllevan un incremento del esfuerzo y tutela por parte de los integrantes de este servicio de Prevención, con una asistencia más dificultosa al trabajador. Consideramos importante mejorar esta gestión para garantizar la actuación adecuada en todos los casos, con rapidez y eficiencia, entendiendo que es una prioridad de la organización la búsqueda de unos niveles óptimos de seguridad y salud de los trabajadores que la integran.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población a quién va dirigido este proyecto de mejora son los trabajadores del sector sanitario Zaragoza III, esperando conseguir una mayor calidad en la asistencia en este tipo de accidentes mediante los siguientes objetivos:

- Detección de puntos críticos o de especial dificultad o de mayor número de fallos, mediante el registro de las incidencias ocurridas en las diferentes fases del procedimiento.
- Establecer mejoras con medidas correctivas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Crear un equipo de trabajo multidisciplinar para realizar el registro y análisis de las incidencias ocurridas en la gestión de los accidentes durante un año.
- Determinar qué incidencias en la gestión del procedimiento deben ser corregidas con rapidez por sus especiales consecuencias en el aspecto de seguridad o salud de los trabajadores afectados.
- Obtener información por medio de:
 - registro de las incidencias analizadas
- entrevistas a las personas involucradas: trabajadores, supervisores, personal de laboratorio, del servicio de Urgencias
- Analizar la información y determinar las causas de las incidencias o fallos en el proceso mediante reunión quincenal
- Definir acciones correctivas
- Implantar las acciones correctivas
- Documentar todo el proceso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de accidentes analizados por incidencias en la gestión de los mismo x 100/ número total de los accidentes ocupacionales con material biológico ocurridos durante un año
Objetivo: 80%
- Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos de seguridad x 100/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo : 95%
- Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos para la salud del trabajado x 100r/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo:95%
- Número de intervenciones formativas realizadas x 100/número total de actividades informativas y formativas propuestas como medidas correctivas
Objetivos: 80%
- Medidas correctivas implementadas en 1 año x 100/ número total de medidas correctivas propuestas
Objetivo: 70%
- Número de incidencias relacionadas con las peticiones de laboratorio x 100/ número de peticiones de laboratorio realizadas en todos los accidentes ocupacionales con material biológico

Proyecto: 2019_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Objetivo: 85%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración prevista es la de un año natural desde el comienzo del proyecto, 31 de marzo de 2019, siendo los responsables de su implantación el equipo de mejora, mediante las reuniones quincenales para revisar los registros y proponer medidas correctivas, que se implementarán según calendario que se elabore en dichas reuniones quincenales, Estas medidas correctivas se establecerán de forma inmediata o a medio plazo, según la valoración de los riesgos de seguridad y salud derivados de las incidencias en la gestión de los accidentes.

Fecha inicio proyecto de mejora: 31 de marzo de 2019

Fecha prevista de finalización del proyecto 31 de marzo de 2020

Evaluación intermedia del proyecto a los 6 meses del comienzo y final en los últimos 15 días del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Sala disponible para reuniones quincenales

-Actualización de materiales de bioseguridad disponibles (introducción de nuevos materiales si procede por mejora técnica, más fácil uso, etc)

-Agenda de entrevistas con los interlocutores necesarios (trabajadores, mandos intermedios, personal de laboratorio, personal de Urgencias, etc)

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0672 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LOS PROCESOS DE INGRESO, ALTA Y DERIVACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE ADULTOS (UHA) EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE RICARDO CAMPOS RODENAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REVILLA PEIRO BELEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Proponemos trabajar la calidad de forma conjunta, donde se coordinen las distintas subunidades del servicio de psiquiatría: Hospital de Día, Hospitalización de adultos, Hospitalización infantojuvenil, Unidad de Psicopatología, Unidad del Trastorno de la conducta alimentaria, Unidad ambulatoria de salud mental infantojuvenil y Unidad ambulatoria de salud mental de adultos. Se propone trabajar desde un enfoque de gestión por procesos. Tras evaluar los recursos y tiempo actuales decidimos centrar los esfuerzos en varios de los procesos más relevantes de la práctica clínica: el proceso de Ingreso (P.I.) y el proceso de Alta/Derivación (P.A.). Consideramos la Unidad de hospitalización de adultos como la subunidad con mayor carga de procesos P.I. y P.A.
No hay constancia de haber trabajado de una manera coordinada y centrada en procesos durante los años previos a esta convocatoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Satisfacer las necesidades y expectativas del usuario externo (paciente) e interno (profesional sanitario) durante el proceso de Ingreso y el proceso del Alta/Derivación de la UHA.
- Mejorar la percepción del usuario externo (paciente) con respecto a la atención recibida por el personal médico, personal auxiliar, personal de enfermería, personal celador, personal de asistencia social y personal administrativo.
- Mejorar comunicación entre los distintos dispositivos de salud mental con el objetivo de que no se pierda información.
- Aumentar el registro informático de las actividades realizadas durante los procesos de Ingreso y Alta/Derivación.
- Permitir la participación en la toma de decisiones por parte del personal sanitario que repercuta en una valoración subjetiva positiva de todo el proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Describir en qué consisten actualmente los procesos de Ingreso y Alta/derivación; fuentes de información: personal sanitario implicado y documentos digitalizados en uso.
- Recoger las necesidades y expectativas del usuario interno y externo durante los P.I. y P.A. a través de encuestas de satisfacción.
- Elaborar una propuesta de mejora que reflejen las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos; a través de herramienta tipo checklist.
- Ofrecer al paciente y familia información por escrito con respecto a los P.I. y P.A.; se ofrecerá material elaborado para tal fin.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- La existencia de un documento que refleje las actividades propias actuales del personal implicado en el P.I. y P.A. Reuniones focalizadas con el 80% del personal implicado. Obtendremos información de los documentos digitalizados en esta unidad.
- Valorar el 80% de las encuestas de satisfacción realizadas hasta la fecha.
- La existencia de un documento, tipo checklist, que refleje las actividades seleccionadas, que formarán parte de los nuevos P.I. P.A.
- La existencia de una herramienta que refleje el cumplimiento del 100% de las actividades seleccionadas para los nuevos P.I. y P.A.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 22 de enero de 2019: I Reunión conjunta miembros de la Comisión de Calidad.
- 26 de febrero: II Reunión conjunta miembros de la Comisión de Calidad.
- Marzo: Recopilar información que muestre en qué consisten actualmente los P.I. y P.A. y toda la documentación existente al respecto. Reuniones focales con los distintos estamentos implicados en los procesos a estudio. Revisión de documentos digitalizados.
- Abril: Revisión y elaboración de Encuesta de satisfacción.
- Junio: Plasmar los resultados de la evaluación y elaborar un documento que refleje las actividades seleccionadas específicas para la UHA de los P.I. y P.A. diferenciando material para profesionales para

Proyecto: 2019_0672 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LOS PROCESOS DE INGRESO, ALTA Y DERIVACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE ADULTOS (UHA) EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

pacientes y para familiares.

- Septiembre: Elaborar una herramienta que garantice el cumplimiento de las nuevas actividades seleccionadas para los P.I. y P.A.
- Octubre: Elaborar un documento consensuado entre los miembros de las distintas subunidades que ofrezca información sobre los P.I. y P.A. al paciente y sus familiares.
- Noviembre-diciembre: Evaluación del Programa de calidad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Elaborar una herramienta que garantice el cumplimiento de las actividades seleccionadas para el nuevo P.I. y nuevo P.A. Si es necesario se contará con el servicio de informática para diseñar la herramienta para tal fin.
- A través de reuniones internas entre los miembros de este Programa de calidad y reuniones generales con los otros miembros integrantes de la Comisión de Calidad, se mostrará la documentación que se va elaborando.
- Dicha documentación se compartirá a través de la plataforma Dropbox.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0967 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS (HDKA)

2. RESPONSABLE ISABEL IRIGOYEN RECALDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODENES CERVERA IVAN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· BAILE VILADES ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

3.1.- Evaluación

Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2017 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2017 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

El Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos (HDKA) desde su puesta en marcha en el año 2004 dispone de un sistema estructurado en los procesos de ingreso y alta de los pacientes atendidos.

Como resultado del inicio de la implantación de un modelo de calidad de gestión por procesos, transversal a todo el Servicio de Psiquiatría, nos proponemos su revisión, actualización y ampliación.

El material escrito que compila la documentación ya existente al respecto de los procesos de ingreso y alta en HDKA es el siguiente:

1. información previa al ingreso en HDKA para paciente y familia
2. dossier de criterios de ingreso y de contraindicaciones de ingreso en HDKA
3. formulario de derivación del caso al HDKA
4. procedimiento de priorización de ingreso en HDKA
5. información al ingreso en HDKA para paciente y familia
6. carta de derechos y deberes del paciente
7. procedimiento de gestión interna de ingresos y altas en HDKA
8. funciones del equipo de HDKA
9. autorización de ingreso para menores de edad en HDKA
10. formulario de denegación de ingreso en HDKA
11. encuesta de satisfacción del paciente al alta

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

el objetivo es concluir este programa de calidad iniciado en el 2018 con los objetivos de:

1. incrementar el rigor en los procesos de ingreso y alta
2. adaptar los procesos de ingreso y alta en función tanto de las necesidades organizativas como de las percibidas por los pacientes con la información recogida en los años de andadura de la unidad a través de las encuestas de satisfacción a pacientes y encuestas a profesionales (adscritos a ella y externos).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente Concluido en 2018

Compilación de los documentos en un dossier único Concluido en 2018
Estandarización del proceso de ingreso en HDKA Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018

Estandarización del proceso de alta en HDKA Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018

Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019

Revisión de la estandarización Checks list definitivos previamente a 30 junio 2019

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente Concluido en 2018
100%

Dossier de compilación finalizado 100%

Check list del procedimiento de ingreso diseñado 100%

Proyecto: 2019_0967 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS (HDP)

Check list del procedimiento de alta diseñado 100%

Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019

Checks list definitivos previos a 30 junio 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019

Revisión de la estandarización Checks list definitivos previamente a 30 junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

asignación de tiempo suficiente por parte de la jefatura de servicio

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE VALERO PEREZ CAMO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• RODENES CERVERA IVAN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• SANCHEZ DE BERRIZ CARMEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• SANJULIAN LOPEZ JUANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• VILLAGRASA BLASCO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS. TRABAJADOR/A SOCIAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• MILLAN FERNANDEZ BERTA. CELADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
• SO GRACIA CARMEN. PIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

3.1.- Evaluación

La política de calidad del servicio de Psiquiatría se encuentra en fase de revisión y reforma. Frente a la línea seguida en todos los años anteriores que se traducía en numerosos planes de calidad pero que a la larga aportaban poco a una mejora de la calidad global del servicio este año se ha adoptado un criterio diferente: muchos menos planes pero todos alineados en una misma dirección: organizar estructuralmente el servicio basándolo en un modelo de Gestión por Procesos.

En este primer año se van a elaborar planes de calidad en relación a los procesos de entrada y salida en el servicio. Todas las diferentes unidades van a elaborar un plan de calidad relacionado con este aspecto. El plan que proponemos es un plan global respecto a la acogida del nuevo personal que se incorpore a trabajar al servicio. Las nuevas incorporaciones de personal a puestos de trabajo en las distintas Unidades del Servicio de Psiquiatría es un hecho habitual y de magnitud considerable. Existen numerosas razones: provisión de plazas fijas, traslados, acoplamientos de personal fijo dentro de la institución, excedencias, coberturas por incapacidad temporal, vacaciones, permisos, etc. Por otro lado, desde el punto de vista docente, periódicamente se incorporan profesionales en formación que realizan la correspondiente especialidad durante la residencia de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Máster de Trabajo Social en Salud Mental, FOCUSS, etc.

Al inicio de la relación laboral son numerosas las dudas relacionadas con las competencias del puesto de trabajo, la organización del servicio, expectativas de promoción, ... Estas personas pueden llegar a experimentar ansiedad, estrés, temores por la falta de referencia lógica derivada del desconocimiento del medio laboral.

Por otro lado, la variedad de actuaciones y la complejidad del medio precisa de un procedimiento de acogida que, siguiendo una línea homogénea en las distintas unidades, facilite que el nuevo trabajador se integre, sea operativo y eficaz en el menor tiempo posible.

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

Para ello, se considera necesario disponer de un documento común en el Servicio de Psiquiatría, que permita una actuación homogénea en las Unidades que lo forman, ante las nuevas incorporaciones de personal a los distintos puestos de trabajo, siendo el objetivo elaborar la Guía referida en el título.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2019

- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Búsqueda bibliográfica
- Recopilación de los distintos documentos relacionados que se están utilizando en las Unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Recogida de sugerencias de los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Recogida de sugerencias del personal recientemente incorporado al Servicio de psiquiatría.
- Elaboración del esquema para organizar los contenidos de la GUIA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Objetivo 1: Elaborar Guía de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1250 (Acuerdos de Gestión)

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Indicador 1: Si / NO

Objetivo 2: Elaborar Documento de Recogida del Manual y la Declaración de su conocimiento y comprensión.

Indicador 2: SI / NO

Objetivo 3: Crear Registro de Nuevas Incorporaciones al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Indicador 3: SI / NO

Objetivo 4: Garantizar la distribución de la Guía

Indicador 4: N° Total de guías entregadas / N° Total de nuevas incorporaciones x 100

Objetivo 5: Garantizar el conocimiento de los contenidos de la Guía

Indicador 5: N° Total de Documentos de Recogida firmados / N° Total de nuevas incorporaciones x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Febrero-2019

Fecha de finalización: 15 de Diciembre de 2019

Caleandario:

Febrero: Realización del programa

Marzo - abril: Búsqueda de bibliografía, documentos y recogida de sugerencias.

Mayo-junio: Análisis de los contenidos, elaboración de resultados y conclusiones.

Septiembre- octubre: Redacción de los diferentes apartados de la guía

Noviembre presentación al resto del equipo de Calidad del Servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recurrimos a personal que está trabajando en el servicio.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACION EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCEPSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE MAITE ARANZAZU ZAPATA USABEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLA TALAYERO BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· GARMENDIA GUINEA DOLORES. PSICOLOGO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· VICO RUBIO MAURICIA PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· BLANCO JUSTO PABLO. PROFESOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· RADA RAMIRO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· ROBLES ANDRES MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La UCEPSQIJ requiere de intervenciones inmediatas y de una adecuada coordinación entre los miembros del equipo. El momento de ingreso, el de alta y derivación son claves. Con este proyecto se trata de llevar a cabo un procedimiento de ingresos y alta/derivación, que permita a los miembros del equipo obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías y con los centros derivantes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- . Definir la actuación de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería en Salud Mental, Trabajo social y profesor, tanto en el momento de ingreso, como al alta/derivación
- . Gestión de la recepción de solicitudes ingreso
- . Gestión de ocupación de camas y lista de espera de forma más eficiente
- . Gestión de respuesta a la derivación. Información al dispositivo que deriva.
- . Mejorar coordinación entre los recursos derivantes y el Servicio receptor
- . Mejora de la continuidad de cuidados tras alta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones multidisciplinares del equipo de la UCEPSQIJ. Creación de grupos de trabajo
Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal
Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de USMIJ, Hospital de día IJ, PRISMA, otros recursos.
Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio
Creación de Checklist de cumplimiento de procesos
Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud
Memoria anual de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INGRESOS:

Derivaciones bien cumplimentadas USMIJ NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Informes alta Psiquiatría PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Informes alta Enfermería PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Derivaciones ordinarias, preferentes, urgentes ORD= 1; PEF=2; URG=3
Tiempo de demora desde solicitud hasta ingreso NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Lugar de procedencia Urgencias=0; USMIJ I=1; USMIJ II=2; USMIJ III=3; USMIJ IV= 4; USMIJ V=5; PRISMA=6; OTROS=7
Tiempo para recuperar a paciente de otros centros (PRISMA) NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Comunicación a Fiscalía de menores NO=0; SI=1
Solicitar analíticas NO=0; SI=1
Ingresos involuntarios NO=0; SI=1
Ingresos programados NO=0; SI=1
Hª Clínica Psiquiatría/ psicología NO=0; SI=1
Contacto con familiares/tutores del ingreso/psiquiatra de guardia/ Centro de derivación/ Psiquiatra de referencia NO=0; SI=1
Preparación documentación NO=0; SI=1
Presentación del equipo a acompañantes y pacientes NO=0; SI=1
Presentación de las instalaciones de la unidad NO=0; SI=1
Recogida de pertenencias y registro de las mismas NO=0; SI=1
Proporcionar pijama de la unidad NO=0; SI=1
Realizar acogida acompañantes NO=0; SI=1
Firma consentimiento ingreso NO=0; SI=1
Realizar acogida al paciente NO=0; SI=1
Entregar y explicar hoja informativa a acompañantes NO=0; SI=1
Citar acompañantes con facultativos NO=0; SI=1
Realizar valoración de enfermería al paciente NO=0; SI=1
Dar de alta en Intranet al paciente NO=0; SI=1

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1355 (Acuerdos de Gestión)**

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACION EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCEPSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Elección dieta con paciente NO=0; SI=1
Introducción dieta en programa NO=0; SI=1
Confirmar órdenes de tratamiento (unidosis) NO=0; SI=1
Cursar analíticas NO=0; SI=1
Firma autorización contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Valoración por trabajo social NO=0; SI=1
ALTAS/DERIVACIÓN:
Coordinación con terapeuta de referencia NO=0; SI=1
Solicitar cita NO=0; SI=1
Explicar y entregar informe de alta NO=0; SI=1
Coordinar con enfermero especialista en SM de referencia NO=0; SI=1
Realizar informe de continuidad de cuidados NO=0; SI=1
Entregar encuesta de satisfacción a pacientes y familiares NO=0; SI=1
Entregar pertenencias a acompañantes NO=0; SI=1
Dar de alta en intranet NO=0; SI=1
Avisar servicio de limpieza NO=0; SI=1
Coordinación con centro escolar NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Nº de informes realizados NO=0; SI=1
ENCUESTAS SATISFACCIÓN
¿Realizada encuesta satisfacción padres? NO=0; SI=1
¿Realizada encuesta satisfacción paciente? NO=0; SI=1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Calendario:

Marzo-mayo 2019:

- Establecimiento de criterios de admisión, alta y derivación en UCEPSQIJ
- Definición de actuación de Psiquiatría, psicología, Enfermería, Trabajo social y profesor en cada uno de los procesos
- Creación encuesta satisfacción paciente y familia

Junio-septiembre 2019:

- Presentación plan de actuación a centros derivantes (USMIJ; Hospital de Día IJ; PRISMA; Otros Centros)
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos tanto al ingreso como al alta/derivación

Octubre - noviembre 2019:

- Evaluación de los indicadores

Diciembre 2019:

Memoria de actividad de la UCEPSQIJ

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se puede llevar a cabo trabajando en él la plantilla de profesionales de la UCE PSQIJ estableciendo un mínimo de tiempo semanal dedicado al mismo. También disponer un tiempo para visitar y coordinar con los diferentes USMIJ, Hospital de Día y PRISMA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescentes/jóvenes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0958 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACION DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES EN EL HCULB

2. RESPONSABLE ARACELI CALVO LATORRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO PEREZ MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· EZPELETA BADENAS ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· UTRILLA IBUARBEN MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· AVILA NAVARRO MONICA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· BOSQUED ROYO ROSARIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· GARCIA VAZQUEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El bloque quirúrgico del HCULB cuenta con 19 quirófanos donde se atienden 8 especialidades quirúrgicas diferentes. En periodos de rotación de personal (vacaciones, traslados y movilidad) se ha llegado a un tercio de la plantilla y resulta necesario proveer de apoyo a los nuevos profesionales para desempeñar sus funciones. La supervisión ha detectado dificultades para garantizar las presencias adecuadas de personal de enfermería cualificado dado que cualquiera de las especialidades, pueden requerir cirugía inmediata. Por ello, planteamos la elaboración de un sistema de fichas que ayude en los procesos quirúrgicos más frecuentes. En las fichas se detallará la preparación del material, quirófano y paciente, el acto quirúrgico y los cuidados pre, intra y postoperatorio inmediato. Es conocido que durante las urgencias quirúrgicas se utiliza más material fungible que en las intervenciones programadas, el grupo de trabajo considera que el desarrollo de las fichas minimizará los gastos de material abierto innecesariamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realizar un sistema de fichas que facilite la atención de enfermería en los procedimientos quirúrgicos urgentes.
- Adecuar el sistema de fichas a las intervenciones quirúrgicas más frecuentes.
- Aumentar la sensación de seguridad, confort y control de los profesionales durante las IQ urgentes.
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones enfermeras en la atención quirúrgica urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Diseño de un sistema de fichas quirúrgicas de las siguientes especialidades: neurocirugía, traumatología, urología, ginecología y obstetricia, cirugía vascular, otorrinolaringología, cirugía general y oftalmología. Difusión en sesión formativa al personal de nueva incorporación. Elaboración y evaluación de una encuesta de utilidad y satisfacción en el uso del sistema de fichas entre el personal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Presencia de sistema de fichas. (SÍ/NO)
- nº de IQ urgentes que poseen ficha en un periodo de tiempo/total de IQ urgentes en el mismo periodo de tiempo. Estándar previsto:75%
- Encuesta de utilidad del sistema de fichas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Análisis de las intervenciones quirúrgicas urgentes que se presentan más frecuentemente. Primera quincena de marzo de 2019.
- Diseño y elaboración de fichas quirúrgicas para cada intervención. En cada ficha figurará tipo de procedimiento, diagnóstico, anestesia y cuidados de enfermería (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato). Marzo-abril de 2019.
- Accesibilidad al sistema de fichas a través de la intranet del sector III y presencialmente en zonas estratégicas del bloque quirúrgico. Mayo de 2019.
- Difusión del sistema de fichas entre el personal de reciente incorporación. Sesión clínica. Primera semana de junio de 2019.
- Evaluación del sistema de fichas. Septiembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Impresión y plastificado de diez copias del sistema de fichas (cada sistema constará de veinte fichas) para su distribución en las áreas estratégicas del bloque quirúrgico. Se prevé un gasto de 200 euros al tratarse de 200 fichas tamaño DIN A4 a color.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0958 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACION DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES EN EL HCULB

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología urgente susceptible de necesitar intervención quirúrgica
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE DAVID IBAÑEZ MUÑOZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
- DE BENITO AREVALO JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- FEIJOO AGESTA ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- PINTADO RIVAS PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- NAVAS CAMPO RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
- MORENO CABALLERO LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente. Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.

Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos. La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.

En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riesgo por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acuden a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Reducir la radiación innecesaria en pacientes jóvenes

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico petionario de estudios radiológicos preoperatorios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las actividades que se pretenden realizar son:

- Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
- Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
- Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:

Proyecto: 2019_0348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

? Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses de 2017
- Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas, cuantificado por unidades relativas de valor

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La duración y calendario previstos son:

Fecha de inicio: Marzo de 2019

Fecha de finalización: Diciembre de 2019

Elaboración del protocolo: 2 meses.

Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana

Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión

Implantación y rodaje del mismo: 3 meses

Registro de exploraciones realizadas: 6 meses

Cuantificación y memoria de resultados: 2 meses

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se necesitan recursos adicionales para este proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Estudios prequirúrgicos en pacientes sanos

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

2. RESPONSABLE EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· CASTILLO LARIO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ IBAÑEZ TOMAS. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· BAZ BARSELO NATIVIDAD. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· NAVAS CAMPO RAQUEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GESUALDO DE LA CRUZ ANGEL JOAN. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Recientemente se han adquirido dos equipos de resonancia magnética en el sector 3 de salud, uno ubicado en el centro de especialidades Inocencio Jiménez y otro en el hospital clínico Universitario Lozano Blesa, operativo desde el mes de octubre de 2018 el primero y desde el mes de diciembre el segundo. La disponibilidad de aparatos de RM de nueva generación, han permitido realizar técnicas diagnóstica avanzadas como la perfusión cerebral y espectroscopía cerebral, así como estudios volumétricos y secuencias T2* gradiente que se han puesto en marcha desde el servicio de radiología.

Como toda técnica diagnóstica de nueva utilización necesita un tiempo de implantación, con una curva de aprendizaje basada en la revisión de la literatura disponible y la experiencia del propio centro. Por esto, para optimizar los resultados de estas nuevas técnicas es conveniente un seguimiento de los resultados obtenidos para poder mejorar la precisión diagnóstica y valorar la pertinencia de las indicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Valorar la precisión diagnóstica de los estudios realizados de perfusión y espectroscopía cerebral realizados en el año 2019.
2- Mejorar la precisión diagnóstica de los estudios de perfusión y espectroscopía realizados en el centro.
3- Correlacionar la precisión diagnóstica con el tipo de patología estudiada, con el fin de mejorar la precisión de las indicaciones.
4-Valorar la pertinencia de la utilización de secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para ello se hará un seguimiento de los pacientes a los que se les realice estudios de perfusión o espectroscopía cerebral, con el fin de correlacionar la información diagnóstica de estas técnicas de RM y el diagnóstico definitivo con el gold estándar de cada patología.
Se realizarán reuniones periódicas de los integrantes de la sección de neurorradiología para revisar la rentabilidad diagnóstica de las secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Sensibilidad: verdaderos positivos/verdaderos positivos + falsos negativos.
Especificidad: verdaderos negativos/ verdaderos negativos + falsos positivos.
Sensibilidad y especificidad estratificada según tipo de patología (tumoral, infecciosa...).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Durante los 10 primeros meses se anotarán todos los pacientes a los que se realiza espectroscopía y difusión, realizando un seguimiento del paciente para anotar el diagnóstico definitivo si así se llega a tener.
Durante los dos últimos meses se realizará la correlación diagnóstica, con el cálculo de sensibilidad y especificidad diagnóstica.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ningún recurso adicional.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2019_0384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA.
OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA**

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0843 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE JAVIER SALCEDA ARTOLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• GIMENO PERIBANEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• BELLO FRANCO CARLOTA MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• RAMON Y CAJAL CALVO JUAN. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• MADARIAGA RUIZ BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• JUAN CASTEJON ROBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
• CARRO ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

-Ausencia de manuales de residencia de radiodiagnóstico en España.
-Falta de estandarización en el aprendizaje de la semiología radiológica, técnica de adquisición de estudios radiológicos y del informe en radiología de urgencias.
-Necesidad de emplear un lenguaje homogéneo y de ejecutar las exploraciones siguiendo unos mínimos criterios de calidad diagnóstica.
-Reducción del tiempo de respuesta a una exploración y el tiempo de informe. -Cohesión del Servicio en torno a una guía consensuada que reduzca las variabilidades entre los distintos residentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Redacción de un texto de referencia enfocado al residente de radiodiagnóstico para la práctica diaria de la radiología de urgencias.
-Aprendizaje del contenido del texto (indicaciones, técnica de adquisición y semiología de las principales pruebas radiológicas de urgencias) por parte de los residentes.
-Estandarización de estructura y homogeneización del lenguaje empleado en los informes de la radiología de urgencias.
-Reducción del tiempo de respuesta a una exploración, calidad y el tiempo de informe.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Reuniones periódicas con carácter mensual para evaluar el progreso y planificación.
-Revisión de textos bibliográficos actualizados basados en la evidencia científica.
-Redacción del manual.
-Difusión mediante sesiones radiológicas(online o presenciales).
-Mesas de discusión sobre la adecuación de la terminología y estructura del informe.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Realización de una evaluación teórico-práctica a los residentes de radiodiagnóstico previa a la difusión del manual y de una posterior a la difusión del mismo. Indicador: diferencia entre la media de las calificaciones.
-Auditorías sobre informes radiológicos de los residentes. Indicador: evaluar la utilización de plantillas de informes y terminología radiológica propuesta en el manual postdifusión del mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
Fecha prevista de la evaluación predifusión: 1 de noviembre de 2019.
Fecha prevista para el comienzo de las sesiones radiológicas: 10 de noviembre de 2019.
Fecha prevista de la evaluación posdifusión: 25 de enero de 2020.
Fecha prevista de finalización: 1 de febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías de urgencias y emergencias
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0411 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· DIEZ CHAMARRO JAVIER. RIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ALONSO ECHARRI MADDALEN. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· CASTEJON ANDRES CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A partir del verano de 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Dicho sistema se denomina ARIA y permite la gestión del flujo de trabajo de pacientes de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan "Vías clínicas" dentro del sistema. Dichas vías clínicas están compuestas por una serie de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física del Hospital Clínico de Zaragoza y para los dos sistemas de planificación existentes (Eclipse (integrado en ARIA) y PCRT), se ha diseñado un flujo de trabajo que permite la gestión digital de todo el proceso de dosimetría clínica. Igualmente, el estado de cada ficha o plan puede ser consultado digitalmente por los miembros del servicio con lo que no es necesario mantener la rotación habitual de la ficha en papel para que todo el mundo sepa en qué estado se encuentra cada dosimetría. La realización inicial de las dosimetrías está a cargo de los técnicos y residentes del servicio, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final del plan. En medio el control es devuelto al oncólogo radioterápico quien debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es revisada y verificada en máquina si procede (casos complejos de intensidad modulada). Una vez completados todos los pasos la ficha se la lleva físicamente el médico, la aprueba y la entrega al gestor de las unidades de tratamiento para su citación en máquina. Todos estos procesos a la luz de lo expuesto ya no requieren el transporte físico de la ficha y poco a poco pueden ser automatizados a través de las vías clínicas de ARIA.

Las ventajas de pasar a flujo sin papeles son:

- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas
- Paso a lista de comprobación digital para aquellas actividades que lo requieran. Las listas de comprobación son muy útiles para no olvidar acciones o verificaciones importantes sobre los planes.
- Organización de las tareas del servicio en lo referente a dosimetría clínica en radioterapia mediante un vistazo rápido y sencillo al "user home", donde se visualiza qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.

Para que el sistema funcione es imprescindible que los usuarios completen las actividades cuando las realizan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Paso a flujo sin papeles en dosimetría clínica en radioterapia, proceso con codificación interna, en un periodo de seis meses. Las fichas físicas sólo entrarán en Física y pasarán de una balda de entrada a una balda de salida, hasta su desaparición sincronizada con la digitalización del flujo para el resto de actividades de radioterapia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El flujo de trabajo se simplifica y se hace mucho más automático. Cada empleado en la estación de trabajo controla en cada momento la situación de cada plan y puede adjuntar notas e indicar finalización o curso de determinada tarea. La vía clínica está enlazada y no se puede completar la actividad siguiente hasta que el responsable de la anterior no la ha concluido. Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro lo que permite una mejor planificación del trabajo. Conjuntamente con la parte de vía clínica que corresponde a radioterapia, a efectos de estadística y control de flujo todo el proceso supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico.

El seguimiento del proyecto se realizará a través de reuniones trimestrales conjuntas del equipo de mejora, si bien el contacto diario en la planificación es tan directo que día a día se actualiza el estado real. Las reuniones se llevarán a cabo en la sala de reuniones del servicio de física del hospital clínico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Posible indicador: porcentaje de fichas perdidas en el flujo, idealmente ninguna, pero se sabe que pueden existir posibles fallas en el sistema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0411 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

Fecha inicio: Enero/19 Fecha final: Diciembre/19

Cronograma:

Enero: Implementación de los flujos para fichas de TrueBeam y ONCOR, ambos son distintos, con sus correspondientes listas de comprobación.

Febrero-Junio: Convivencia del nuevo sistema con la ficha en papel, para permitir la adaptación del personal al nuevo sistema. Se estima que estamos hablando de unas 400 planificaciones.

Junio-Diciembre: Funcionamiento del sistema a pleno rendimiento, elaboración de estadísticas y resultados y recogida de indicadores.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Red Aria y estaciones de trabajo. Herramienta de vía clínica.

10. OBSERVACIONES.

Importante distribuir a todo el personal que trabaja en la dosimetría clínica de pacientes de radioterapia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIOACTIVO

2. RESPONSABLE PEDRO RUIZ MANZANO

- Profesión RADIOFISICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- ALONSO ECHARRI MADDALEN. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- CHOVER DIAZ BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- DIEZ CHAMARRO JAVIER. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- AGUIRRE COLLADO AURORA. TSID. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- BAQUERIZO CASTAN MARTA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
- MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Lu-177 puede tener pequeñas cantidades de Lu-177 metaestable (Lu-177m), con una vida media de 161 días, que es un contaminante generado a partir de la producción de Lu-177. Según informe de UNITED STATES NUCLEAR REGULATORY COMMISSION de Junio de 2018, la contaminación de Lu-177m puede llegar a ser aproximadamente el 0.02 por ciento de la cantidad total de Lu-177. Nuestro suministrador nos indica que, en su caso, la contaminación es inferior al 0.009 por ciento. La gestión y declaración del Lu-177 se realiza según la autorización solicitada al CSN. Pero ante esta información, el inspector del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) asignado a nuestro hospital ha planteado la posibilidad de tener que pedir autorización ante el CSN para el Lu-177m y gestionar los posibles residuos como residuos radiactivos no exentos.

La Instrucción IS/05 el CSN por la que se definen valores de exención, asigna al Lu-177m unos valores de exención de 1 MBq de actividad total (AT) y 10 Bq/g de actividad específica (AE).

La gestión de los residuos como residuos radiactivos no exentos implicaría:

1. Solicitar la modificación de la autorización de las instalación radiactiva de Medicina Nuclear

2. Establecer un protocolo de gestión de los residuos que contemple:

- Recogida de residuos tras la infusión del radiofármaco
- Recogida de residuos en caso de accidente
- Entrada de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Almacenamiento de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Cálculo de la fecha mínima de evacuación
- Salida de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Registro de las operaciones en las que se vean involucrados los residuos
- Normas de Protección Radiológica en la manipulación de residuos

3. Dedicación de recursos en la práctica diaria:

- Tiempo de personal facultativo y técnico
- Espacio en el ACRR
- Materiales relacionados con la correcta gestión de los residuos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto es evaluar la necesidad de gestionar el Lu177m como residuo radiactivo de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Realizar un procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.
- 2) Aplicar el procedimiento a los tratamientos que se han registrado hasta la fecha con suficientes datos disponibles.
- 3) Comparar los valores de la actividad y de la actividad específica de Lu-177m con los valores de exención.
- 4) Extraer conclusiones y realizar comunicación de las mismas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear encargado de la última inspección al Servicio de Física y Protección Radiológica.

Tras cada administración se medirá el resto de actividad de Lu-177 que queda en el vial utilizando el mismo activímetro que se usa para la medida inicial del vial antes de su administración.

El vial residual pesa 50 gramos y está lleno de 25 ml suero contaminado. Tras la administración se introducirán en un contenedor los residuos las vías y agujas utilizadas. Se medirá su tasa de exposición en contacto y a un metro, y se pesará. A partir de estos datos se evaluará la actividad total y la actividad por gramo de Lu-177 y Lu-177m a través de la gamma del Lu-177 (0.007636 microSvm2/h.MBq) y de la fracción de contaminación de Lu-177m.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIOACTIVO

Indicador1: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.

- Procedimiento realizado antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

Indicador3: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No)

Indicador4: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

30 Abril 2019: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.

30 Junio 2019: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

30 Septiembre 2019: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No)

31 Diciembre 2019: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Protección Radiológica de trabajadores y miembros de público
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0685 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· CHOVER DIAZ BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· AGUIRRE COLLADO AURORA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· CASTEJON ANDRES CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En marzo de 2019 finalizará la instalación de un equipo de Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Computarizada (PET-TC) en la instalación del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB) de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear (UMMN). Se trata de un equipo Siemens Biograph Horizon, que incluye los maniqués de control de calidad para PET y para TC, y fuentes radiactivas calibradas.

El artículo 13 del Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, dicta a propósito del Programa de Control de Calidad que "las unidades asistenciales de medicina nuclear serán sometidas a un control de calidad para garantizar que la administración de radiofármacos con fines de diagnóstico o terapia se realiza de manera que las dosis absorbidas recibidas por los pacientes sean (...) tan bajas como pueda razonablemente conseguirse, además de producir imágenes o estudios que permitan hacer el diagnóstico más fiable posible, en el caso de examen diagnóstico".

El Programa de Control de Calidad distingue entre el programa de control de calidad de los radiofármacos y el programa de control de calidad del equipamiento utilizado en medicina nuclear. Es en este segundo en el que se enmarca el presente proyecto de mejora de la calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo de este proyecto de mejora es diseñar, desarrollar e implantar un programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Las acciones previstas están especificadas en el apartado 8 de Duración y Calendario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador1: Realización del diseño del Programa de Control de Calidad en PET-TC
· Fuente antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de procedimientos de control de calidad elaborados previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC

Indicador3: Porcentaje de controles de calidad previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC realizados entre abril y diciembre de 2019

Evaluación: Enero. Análisis de los indicadores propuestos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Febrero: Revisión de las recomendaciones en control de calidad PET-TC por parte de los miembros del equipo:

? Quality assurance for pet and PET/CT systems
International Atomic Energy Agency, 2009
? Control de calidad de la instrumentación de medicina nuclear
Sociedad Española de Física Médica, 2015
? PET/CT atlas on quality control and image artefacts
International Atomic Energy Agency, 2014

4-8 Marzo: Puesta en marcha del equipo con el técnico de aplicaciones de Siemens según el calendario de actividades que proporcionará Siemens.

11-15 Marzo: Diseño de los controles diarios y semanales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

18-22 Marzo: Diseño de los controles trimestrales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

Proyecto: 2019_0685 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Abril-Diciembre: Implantación del programa de control de calidad

Enero 2020: Evaluación de los indicadores

9. RECURSOS NECESARIOS.

El nuevo equipo PET-TC es un Siemens Biograph Horizon, que incluye los maniquíes de control de calidad:

- PET Sensitivity Phantom NEMA, que consta de seis tubos concéntricos que se deslizan uno dentro de otro. El tubo más interior se puede llenar.
- PET Scatter Phantom NEMA, que consta de un fantoma cilíndrico de 70 cm de largo con una fuente de línea rellenable a una distancia de 4,5 cm del centro.
- PET Image Quality Phantom, que consta de un fantoma rellenable con seis esferas rellenas y una inserción de pulmón llenable.
- Fijación para posicionar fuentes de punto para medir la resolución espacial.
- Fantoma rellenable para calibración cruzada PET de 6283 ml.
- Maniquí de control de calidad del sistema TC.
- Maniquí Catphan 500
- Fantoma para prueba fusión de gantrys donde se colocan las fuentes de barra de Ce-68.

El equipamiento de la instalación incluye fuentes de germanio-68 (T=271 días):
calibradas.

- Un fantoma 3D homogéneo de baja actividad de Ge-68 modelo CS-27:

89,91 MBq (2.43 mCi) a 11/2/2019

- Dos Fuentes de barra de Ge-68, configuración LS-AR:

41,07 MBq (1.11 mCi) a 11/2/2019

También se emplearán fuentes de fluor-18 preparadas por la unidad de Radiofarmacia.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las aquellas patologías diagnosticables o descartables en una exploración con PET-TC, y todas aquellas, que estando diagnosticadas previamente, su terapia se base en las imágenes obtenidas con PET-TC.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0572 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ VECINO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· ALONSO RODRIGUEZ VERONICA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· GIL CARRETERO MARINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· GARCIA FRANCO DAVID. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· RUIZ MANZANO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La unidad de Radiología Vascul ar Intervencionista trabaja con radiación ionizante para el desarrollo de su actividad. La radiación ionizante entraña unos riesgos laborales, que hacen necesaria formación en protección radiológica junto con el uso de material de protección específico. El servicio de Física y Protección Radiológica se encarga de la formación del personal en este ámbito.

La unidad de Radiología Vascul ar Intervencionista necesita en ocasiones de la colaboración de personal ajeno al servicio el cuál no está habituado a trabajar con radiaciones ionizantes y puede presentar un déficit de conocimientos específicos.

Aunque las medidas de protección radiológica se cumplen siempre, el personal de la unidad de Radiología Vascul ar Intervencionista viene detectando relajación entre el personal eventual y tiene que estar continuamente avisando y recordando estas medidas de protección radiológica.

Sin la intención de profundizar, ni sustituir la formación en protección radiológica, se decide la creación de una guía visual para recordar las medidas básicas de protección radiológica. Se colocará en la puerta de entrada a la sala para que todo el mundo que entre repase, a modo de chequeo, las medidas de protección que tendrá que adoptar al entrar a la sala.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal:

- Disminuir el riesgo laboral por radiación ionizante entre el personal que eventualmente tenga que entrar en la sala de Radiología Vascul ar Intervencionista.

Objetivos secundarios:

- Crear una guía visual rápida de protección radiológica.
- Tener la posibilidad de repasar las medidas de protección radiológica antes de entrar en la sala de Radiología Vascul ar Intervencionista a modo de check list.
- Advertir de la situación de riesgo al entrar a la sala y así promover la consulta al personal propio de la unidad de radiología vascul ar intervencionista de las dudas que tengan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Debatir qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en una sala con radiaciones ionizantes.
2. Expresar estas medidas y conocimientos de una manera clara y concisa con la menor cantidad posible de texto.
3. Idear qué imágenes pueden expresar, de una manera visual, las medidas y conocimientos que queremos compartir, pudiendo sustituir o acompañar a los textos seleccionados.
4. Elaborar estas imágenes bien con dibujos o con fotografías.
5. Diseño y boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción. (Microsoft Powerpoint)
6. Puesta en común del boceto y corrección de errores.
7. Elección de colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.
8. Creación impresa del póster en tamaño DinA3.
9. Colocación de la guía en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascul ar Intervencionista.
10. Difusión del programa de protección radiológica de la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador de cumplimiento

Presencia del póster en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascul ar Intervencionista.

El personal eventual adopta las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.

Indicador de evaluación

Pequeña encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vascul ar intervencionista que vienen a trabajar o de prácticas:

1. ¿Tiene formación previa en protección radiológica?
2. ¿Qué medidas de protección radiológica ha utilizado dentro de la sala?

a) Delantal plomado

Proyecto: 2019_0572 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

- b) Protector tiroideo
- c) Gafas plomadas
- d) Maximizar la distancia al foco de radiación
- e) Minimizar el tiempo que exposición en la sala
- f) Uso de blindajes
- g) Colocarse siempre del lado del detector de imagen
- h) Mantener las manos fuera del haz de RX
- 3. ¿Algún miembro del equipo de la unidad le ha tenido que recordar alguna de estas medidas? En caso afirmativo diga cuál.
- 4. ¿Ha visto nuestra guía visual sobre protección frente a las radiaciones ionizantes antes de entrar?
- 5. ¿Le ha aportado algún conocimiento nuevo sobre protección radiológica?
- 6. ¿Le ha servido para no olvidar alguna medida de protección radiológica?
- 7. ¿La considera útil?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se realizará a lo largo de 2019. Se establece un calendario de reuniones mensuales de los integrantes para exponer los avances en el proyecto con nuevo reparto de tareas y difundir el programa de protección radiológica de unidad junto con las normas de protección radiológica entre los miembros de la unidad. Una vez impreso y colgado el póster, se realizará la encuesta a las personas que de manera eventual vengan a nuestro servicio.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Ordenador con Microsoft Powerpoint presente en la consulta de Enfermería de R.V.I.
- Cámara fotográfica que proporciona de manera particular el responsable del proyecto.
- Dotación económica para imprimir el póster.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sin patología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

2. RESPONSABLE PAULA ESTERUELAS CUARTERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REGLA RAUFAS ANA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CELMA MORALEJO ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· HERRERA SERRANO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existiendo el folleto de consejos para el cuidador, se hace necesaria la revisión y actualización con el objetivo de introducir mejoras si precisa

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Favorecer la difusión de la información que se transmite en el taller para cuidadores, reforzándolo a través de un folleto escrito.
La población diana a la va dirigido el folleto: familiares de los pacientes y cuidadores ingresados en el hospital tras el alta médica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión para la formación de equipo.
Reunión para la búsqueda bibliográfica y puesta en común.
Revisión del diseño del folleto.
Recursos materiales: programa informático, TICS, reprografía e impresión del folleto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores: cuidador que asiste al taller proporcionándole folleto/ número de cuidadores asistentes al taller.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo: formación del equipo y búsqueda bibliográfica (Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrera)
Abril: revisión de formato y contenido del folleto (Ana García, Eugenia Almería, Rocío Celma)
Mayo: presentación al servicio de calidad (Paula Esteruelas, Pilar Pérez)
Junio: envío a reprografía (Paula Esteruelas, Ana Jesús Regla)
A partir de septiembre se dispondrá de los nuevos folletos para distribuirlos en el taller

9. RECURSOS NECESARIOS.
Personal humano y material

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidados a pacientes dependientes de cualquier especialidad clínica
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE NECESIDADES DE INFORMACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

2. RESPONSABLE RAQUEL CARNEIRO LAZARO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REGLA RAUFAST ANA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· CANTIN CANTIN ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· AGUELO VELILLA ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Durante el año 2018 se elaboró un proyecto de educación para la salud dirigido a pacientes con EPOC y se ha decidido este año hacer una valoración sobre las necesidades de formación previa a la incorporación del programa de rehabilitación respiratoria y posterior al mismo, para valorar la eficacia de dicho programa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Constatar la eficacia de las sesiones educativas dirigidas al enfermo de EPOC y el grado en que satisfacen sus necesidades y solvetan sus dudas sobre la enfermedad y la repercusión en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Va dirigido a los pacientes que quedan incluidos en el programa de rehabilitación respiratoria del Hospital Clínico. En el proyecto se incluyen profesionales del servicio de rehabilitación y neumología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Utilizar como herramienta el cuestionario LINQ (Lung Information Needs Questionnaire), cuestionario que mide objetivamente el grado de necesidad de información educativa del paciente brindada por el profesional de salud y cómo es percibida por el paciente.

Reuniones de equipo para traducir dicha herramienta al español/castellano, decidir los dos momentos de pasar el cuestionario y el profesional que lo lleve a cabo, así como hacer un análisis de los datos obtenidos. Cuestionario LINQ, necesidad del servicio de reprografía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes que rellenan el cuestionario LINQ/número de pacientes total incluido en el programa de rehabilitación respiratoria
Estándar 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo: Reunión de equipo para la traducción del cuestionario y su envío a reprografía.

Abril: Administración del cuestionario en consulta de Dra. García Álvarez o fisioterapeutas (por concretar)

Abril-Octubre: Recogida de documentación

Noviembre-Diciembre: Análisis final de datos

9. RECURSOS NECESARIOS.

Servicio de reprografía del hospital.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_0292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

2. RESPONSABLE CRISTINA MARIA PUEYO RUIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPADA ZARAGOZA ROSA MARIA CANDELAS. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- LABORDA RUIZ MARIA PILAR. LOGOPEDA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Mejorar la recogida de información del resultado de la prueba del test de deglución (MEC-V), que es el test básico e imprescindible de screening y diagnóstico para todos los pacientes afectos de disfagia orofaríngea. Posteriormente extrapolar dicho documento de recogida de datos a todos los Servicios Hospitalarios, para registrar adecuadamente el resultado de dicho test y valorar la pertinente valoración en la consulta de edisfagia en Rehabilitación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Pacientes afectos de disfagia en el área sanitaria III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones de los miembros del equipo para redactar el documento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes a los que se ha realizado test de deglución / pacientes a los que se ha realizado el test y se ha registrado correctamente el resultado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración del protocolo el primer semestre de 2019 y posterior exposición a otros Servicios hospitalarios.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Reuniones de los miembros del equipo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neurología y digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LABORDA RUIZ
· Profesión LOGOPEDA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YOLDI ARNEDO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· PEMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el 2012 se está observando una mayor incidencia de pacientes que presentan disfagia orofaríngea que son remitidos desde las distintas unidades para ser evaluados y rehabilitados por el servicio de Rehabilitación en la Unidad de Logopedia.

Se constató que había un vacío en el correcto cribado de dichos pacientes y por tanto un déficit en la evaluación clínica correcta por parte de enfermería y consecuentemente una administración del espesante incorrecta por parte del personal técnico auxiliar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Con ese proyecto se pretende mejorar la formación para conseguir un correcto cribado y posterior evaluación clínica de la disfagia administrando el método clínico volumen - viscosidad por parte del personal de enfermería (MECV-V) Se quiere lograr una correcta administración de las texturas por parte del personal técnico auxiliar a los pacientes con disfagia orofaríngea sin que ello comprometa a su seguridad.

Con todo ello lograremos una mayor rapidez en el diagnóstico y una pronta derivación hacia el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para poder realizar el tratamiento logopédico oportuno a los pacientes que presenten disfagia orofaríngea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se espera mejorar y actualizar la formación mediante 4 ediciones anuales.

La selección de 10 personas por edición, se realizará mediante el portal del empleado.

Dicha formación será realizada en una jornada de 3 horas de forma teórico-práctico.

El material necesario para dicho curso será proporcionado por el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El número de profesionales de enfermería formados anualmente son 40.

Proporcionamos una encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios formados en este tema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizarán 4 ediciones

En cada edición se admiten a 10 participantes

Dichas ediciones salen a través del portal del empleado, en la formación del salud.

Las fechas se tienen que concretar con formación por disponibilidad de las aulas de formación.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales proporcionados por el hospital para realizar tanto la presentación teórica como la práctica.

10. OBSERVACIONES.

Priorizar la formación en screening precoz de disfagia para disminuir la comorbilidad

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso

Proyecto: 2019_0331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

2. RESPONSABLE PEDRO PABLO DE MIGUEL HERNANDO

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MEDRANO CID MAYRA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- PAMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- PEREZ PANZANO ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
- GÜEMES SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
- PARDO SUS ALIDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOTERAPIA
- BUESO INGLAN PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El linfedema es una patología crónica que, a pesar de que se conoce desde hace décadas, sigue siendo infradiagnosticada y, por ello, infratratada. En los países desarrollados la principal causa de LINFEDEMA es secundario a neoplasias, sus complicaciones y sus tratamientos. El más frecuente en nuestro medio es el secundario a cáncer de mama. Se estima que el 20% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama desarrollarán linfedema en la extremidad superior a los 6 meses, 36% al año y 54% a los 36 meses.

Hay un aumento de la incidencia de LINFEDEMAS secundarios tanto a la cirugía como a los tratamientos oncológicos (radioterapia) que afectan a la salud y a la calidad de vida de estos pacientes. Los pacientes que desarrollarán linfedema con más probabilidad son aquellos que han precisado linfadenectomía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Actualizar, modificar y mejorar el tríptico informativo sobre prevención de linfedema en pacientes intervenidos de neo de mama.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración, maquetación y divulgación de dicho tríptico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Número de pacientes que reciben el tríptico tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.

-Encuesta de satisfacción sobre tríptico informativo de prevención de linfedema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración del tríptico Abril de 2019, maquetación Mayo de 2019, entrega a pacientes segundo semestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

RRHH Y RRMM ya disponibles actualmente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0389 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE MAYRA MEDRANO CID
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEREZ PANZANO ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· ANDRES CONEJERO RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· GÜEMES SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· PARDO SUS ALIDA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La elevada prevalencia de linfedema tras la intervención quirúrgica de cáncer de mama con su impacto en la calidad de vida del paciente hace aconsejable la instauración de programas de prevención que hagan posible una detección y un tratamiento precoz. Es necesario un abordaje terapéutico integral y un correcto manejo de todas sus complicaciones. Con la creación de la ESCUELA DE LINFEDEMA pretendemos educar a los pacientes de riesgo para la prevención primaria de la aparición de linfedema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La escuela de linfedema tiene como objetivo instruir a los pacientes de riesgo, pacientes intervenidos de cáncer de mama, en las medidas de prevención, autocuidado y en la identificación precoz del linfedema o sus complicaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear un GRUPO DE TERAPIA con una sesión teórico-práctica de una hora de duración cada 15 días, con 10-15 pacientes con riesgo de presentar linfedema tras ser intervenidos de neo de mama.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Cobertura % de pacientes tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.
-Encuesta de satisfacción sobre escuela de linfedema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Una sesión de una hora de duración cada 15 días, con fecha de comienzo segundo semestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Sala en la Unidad de Mama (Disponible).
-Sillas, pelotas y palos.
-Ordenador, proyector y pantalla.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. LINFEDEMA POST MASTECTOMÍA
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0699 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL "CONOCE TU SUELO PELVICO"

2. RESPONSABLE MIREYA LORENA SARTAGUDA ALABART

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTA LAZO MIGUEL. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- RUIZ GARCIA MARIA DOLORES. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- PEMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- GOMEZ OPIC CONCHA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
- BESCOS SANTANA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Los problemas que afectan al suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico, alteraciones en la esfera sexual...) aparecen como "no graves" en términos de supervivencia, aunque sí lo son en cuanto al deterioro de calidad de vida de estos pacientes.

Pese a sus consecuencias y a la cifra de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, en parte por la tendencia al ocultamiento en las personas que los sufren por temor al rechazo social. Se hace necesario dar visibilidad a estas patologías y proporcionar a los pacientes en riesgo una herramienta útil y sencilla para su manejo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico", pretende mejorar el conocimiento que nuestros pacientes tienen de su suelo pélvico desde distintas áreas: anatomía, esquema corporal, importancia del entrenamiento en el domicilio, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, etc...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se crearán grupos de 15-20 pacientes para las sesiones teórico-prácticas, de una hora de duración. Se realizarán dos sesiones al mes, el primer y tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde respectivamente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes atendidos desde nuestro Servicio de Rehabilitación.
- Encuesta de satisfacción sobre la Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las sesiones serán de una hora, cada 15 días, el primer y el tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde, para facilitar el acceso a las mismas, con fecha de comienzo el segundo semestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala en la Unidad de Mama.
Sillas, toallas, pajitas de plástico
Ordenador, proyector y pantalla.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0727 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

2. RESPONSABLE MIGUEL MARTA LAZO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· RUIZ GARCIA MARIA DOLORES. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GOMEZ OPIC CONCHA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde febrero de 2019 la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa cuenta con un espacio físico adecuado para la exploración y tratamiento. Esos espacios proporcionan la intimidad necesaria para la consulta médica y tratamiento rehabilitador de las patologías relacionadas con el suelo pélvico. Por otra parte, el Servicio de Rehabilitación cuenta con un equipo de Biofeedback. Se considera que el uso del Biofeedback en la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico, optimiza la terapia de estos pacientes, aportando un valor añadido a nuestra actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El proyecto pretende implantar el biofeedback perteneciente al Servicio de Rehabilitación, como una herramienta en el tratamiento de la patología del suelo pélvico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Exploraciones realizadas por el médico rehabilitador en consulta de suelo pélvico (primera y sucesivas tras el tratamiento)
Tratamiento de fisioterapia realizado en sala de tratamiento de suelo pélvico.
Formación a MIR en patologías de suelo pélvico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes vistos en consulta con biofeedback para valoración funcional y a la finalización de tratamiento.
Número de pacientes tratados en sala de fisioterapia con terapia de biofeedback.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

A lo largo de 2019 se pretende realizar los siguientes pasos:
-Consecución de material fungible
-Formación profesionales
-Inicio de tratamientos

9. RECURSOS NECESARIOS.

Como se ha mencionado el biofeedback pertenece al Servicio de Rehabilitación, por lo que se cuenta con el principal recurso material. El equipo debe ser conectado a un ordenador de trabajo y puede ser necesario que un técnico realice esta conexión.

Otro recurso indispensable es el material fungible. La dificultad en la consecución de este material para la comprobación del funcionamiento del equipo, hace que se pueda prever la dificultad para poder cumplir los plazos de este proyecto por no contar con el material fungible necesario.

Se consideran necesarias dos tipos de formaciones:

1º La formación a los profesionales sobre el equipo a utilizar.
2º La actualización de conocimientos relacionados con las distintas patologías susceptibles de valoración y tratamiento con dicho equipo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0797 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

2. RESPONSABLE JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASPAR ANDREU JUAN CARLOS. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· IBAÑEZ VICENTE ANGELA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· MARTA LAZO MIGUEL. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEMAN FRAGO ROSA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PUEYO ACIN BLANCA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Este proyecto es la continuación de uno previo titulado "Documento gráfico de apoyo al paciente para la realización de los ejercicios recomendados en la Escuela de Espalda", realizado durante el año 2018. Surge de la necesidad de complementar la información gráfica con información audiovisual (tipo vídeo), que estará disponible en la página web del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Este soporte favorecerá y facilitará la correcta realización de dichos ejercicios, una vez finalizada la rehabilitación hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana del proyecto serán los pacientes con patología de raquis lumbar tratados con cinesiterapia grupal incluidos en los grupos de tratamiento "Escuela de Espalda".
El acceso al material audiovisual (vídeos) estará disponible en la página web del Hospital Clínico y permitirá facilitar la continuidad del tratamiento de los ejercicios, fomentando así el autocuidado y mejorando la adherencia al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- Reuniones del equipo de mejora para presentar ideas, opciones de diseño, recursos materiales, etc. en colaboración con el Departamento de Comunicación del Sector 3.
- 2- Grabación de los vídeos de cada uno de los ejercicios que componen el tratamiento de Escuela de Espalda.
- 3- Elaboración del formato definitivo.
- 4- Inclusión del material audiovisual seleccionado en la página web del Hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existencia de documentos audiovisuales de "Escuela de Espalda" (si/ no).
Número total de pacientes incluidos en el tratamiento en "Escuela de Espalda".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Segundo semestre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisan RRHH distintos a los ya disponibles

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

2. RESPONSABLE CILIA AMPARO PERALTA GINES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DELGADO BELTRAN CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
• AZNAR VILLACAMPA EMILIA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. REUMATOLOGIA
• VIU LABRID MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El envejecimiento de nuestra sociedad ha provocado que la osteoporosis sea una de las afecciones más prevalente en los ancianos, con el consiguiente aumento del riesgo de fracturas que dicha enfermedad provoca. La osteoporosis supone un importante problema de salud, tanto por su magnitud como por sus repercusiones sociosanitarias, y genera un elevado consumo de recursos en visitas, estudios y tratamientos.

El principal objetivo de la osteoporosis ha de ser evitar o reducir la aparición de fracturas osteopóroticas, puesto que constituyen su principal complicación, que además originan otros problemas clínicos.

La enfermería juega un papel primordial para minimizar sus consecuencias, mediante la utilización de medidas preventivas, tales como: la intervención educativa, pudiendo aumentar la motivación de los individuos con o sin osteoporosis, para desarrollar estilos de vida saludables y en el caso de que sigan algún tratamiento, que persistan con la terapia prescrita.

En prevención primaria, las medidas preventivas son aplicables para la población en general, sin tener en cuenta el riesgo individual específico. En el caso de osteoporosis, estas intervenciones buscan prevenir la aparición de la patología, actuando sobre los estilos de vida.

En prevención secundaria, la atención se centra en la detección temprana de la enfermedad, identificando y controlando los factores de riesgo individuales para prevenir las fracturas por fragilidad. En esta fase, las terapias con fármacos son eficaces si el tratamiento prescrito se adhiere a lo largo del tiempo. Se estima que un 50% de los pacientes dejan de tomar sus medicamentos durante el primer año de la prescripción, por lo que los planes terapéuticos son ineficaces y se acompañan de un desperdicio de recursos económicos. Por lo tanto, este fenómeno tiene que ser abordado mediante información y educación que la enfermería puede ofrecer, para mejorar la adherencia a largo plazo.

La prevención terciaria se centra en pacientes que han sufrido fracturas por fragilidad, para evitar el riesgo de nuevas fracturas. Incluso en estas situaciones, la función de la enfermería es educar a la población acerca de estilos de vida saludables, prestando atención a la alimentación, hábitos de fumar y consumo de alcohol, así como la colaboración para mejorar la adherencia al tratamiento con medicamentos y suplementos adicionales, tales como el calcio y la vitamina D.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desde las Consultas de Enfermería de Reumatología se pueden disminuir costes ofreciendo apoyo al reumatólogo tanto en el diagnóstico como en el manejo y seguimiento de esta prevalente enfermedad para poder conseguir:

1. Detección precoz de la osteoporosis:

1.1. Realizar anamnesis para valorar los factores de riesgo.
1.2. Calcular el índice FRAX, el cual evalúa el riesgo de fractura a 10 años .

2. Prevención de fracturas:

2.1. Promover hábitos de vida saludable.
2.2. Potenciar la adherencia al tratamiento informando sobre la posología y el uso correcto de la medicación.
2.3. Informar de la prevención de caídas, evitar obstáculos en la vivienda, uso de calzado sujeto y adecuado, graduación de la vista, control de fármacos psicotrópicos, etc.
3. Aumentar la información y facilitar el automanejo del paciente.
4. Agilizar y reducir el número de visitas a la consulta médica de Reumatología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Actualmente está en funcionamiento una consulta monográfica de osteoporosis, siendo la responsable una reumatóloga (Dra Aznar) que evalúa a los pacientes, sus factores de riesgo de fractura, solicita los estudios analíticos y de imagen según el caso y pauta el tratamiento/seguimiento oportuno.

Se creará una agenda para la consulta de enfermería donde se derivarán pacientes previamente valorados por reumatología. Se va a establecer esta consulta en el centro de especialidades Inocencio Jiménez, en un espacio ya disponible previamente. Está pendiente establecer su periodicidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. % pacientes que son valorados en la consulta monográfica de reumatología que son derivados a la consulta de enfermería.
2. % pacientes valorados por enfermería/total de pacientes vistos en la unidad de osteoporosis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se iniciará la actividad de la consulta de enfermería en el 2019. La agenda se modificará en función de las

Proyecto: 2019_0457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

necesidades, hasta establecer una programación concreta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una consulta con ordenador/impresora, material de oficina, material didáctico y camilla. Ya se dispone de despacho para ello.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1505 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR ETANOL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ANA FERRER DUFOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MENAO GUILLEN SEBASTIAN. QUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TOXICOLOGIA
· RAMOS SANCHEZ PAULA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. EDUCACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las intoxicaciones por etanol tienen una gran representación dentro de las atendidas en un servicio de Urgencias. Es por esto que resulta de gran importancia disponer de unos indicadores de calidad en la asistencia de estos casos, para disminuir la variabilidad en la actuación clínica y optimizarla.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

--Realizar una descripción de los casos de intoxicación por etanol atendidos por el Servicio de Toxicología Clínica en Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante el año 2018, sus características y cuál fue su manejo.

--Tomando como base el documento "Calitox" de indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (FETOC http://www.fetoc.es/asistencia/Calitox_stc_2006.pdf) establecer cuáles serían los criterios de calidad en la asistencia de este tipo de intoxicación.

--Evaluar su cumplimiento en los casos de esta población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Incorporar en el PCH el ítem Coditox con los indicadores establecidos. Llevar a cabo las reuniones necesarias con el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico y los responsables del PCH en el Dpto. de Sanidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores escogidos para evaluar la calidad de la atención en una intoxicación por etanol son:

- o En todos los casos se haya realizado un análisis toxicológico
- o En toda alteración del nivel de conciencia con previa caída extrahospitalaria se haya realizado una TC craneal
- o Se hayan recogido como mínimo las constantes: presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura.
- o Se haya realizado una gasometría venosa cuando hay clínica/alteración del nivel de conciencia
- o Seguimiento del tratamiento protocolizado para el tratamiento de la agitación psicomotriz en estos casos
- o No haya administración de antídoto cuando no está correctamente indicado
- o Se hayan realizado las determinaciones bioquímicas adecuadas (glucemia y gasometría venosa),
- o Haya una asignación adecuada del término "embriaguez" para describir la clínica: se corresponda después con los resultados analíticos

La fuente de datos es la base de datos de la Unidad de Toxicología recogida, tal indica su cartera de servicios de forma cotidiana, deidamente anonimizada para este estudio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Un año

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0120 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROMANOS CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GARCIA MARIA DE LOS ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· MINGUIJON GARCIA NELLA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La UCI está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de enfermería de la UCI Médica del Hospital Clínico está formado por 38 enfermeras en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la UCI.

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Recibir, acoger y facilitar la integración del personal de enfermería de nueva incorporación.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los miembros del equipo de mejora realizarán:

Revisión y recopilación del trabajo en la unidad.

Revisión y recopilación de las tareas generales y específicas de los turnos de trabajo.

Revisión y resumen de las actuaciones específicas de la UCI Médica: actuación en ingresos, alta del paciente, traslado; actuación ante una PCR, cuidados del paciente coronario, paciente respiratorio crítico, paciente con hemofiltro.

Realización del MANUAL DE ACOGIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN.

Realización y distribución de encuestas para conocer el grado de necesidad/ satisfacción del MANUAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

ELABORACIÓN DEL MANUAL COMPLETO= 100%

NÚMERO DE ENFERMERAS QUE RECIBEN EL MANUAL DE INCORPORACIÓN/ NÚMERO DE ENFERMERAS INCORPORADAS EN LA UNIDAD DESDE LA PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL X 100= 100%

NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE MENOS DE 2 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD X 100= 80%.

NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE SATISFACCIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN X 100=80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las componentes del equipo de mejora trabajarán de forma equitativa coordinados por la responsable del proyecto.

El calendario será el siguiente:

ENERO-FEBRERO-MARZO

Revisión y recopilación de las tareas de enfermería en la UNIDAD generales y por turnos de trabajo.

Recopilación de tareas específicas de enfermería en UCI.

Elaboración del borrador del Manual de Acogida.

Reuniones como mínimo mensuales del equipo de mejora.

Puesta en común.

Elaboración de las encuestas.

ABRIL

Elaboración y maquetación del Manual de acogida definitivo.

Reunión del Equipo de Mejora

Puesta en común

MAYO -DICIEMBRE

Proyecto: 2019_0120 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

Difusión del Manual de Acogida
Reparto y recogida de encuestas.
Tratamiento de los datos de la encuesta
Reunión del equipo de Mejora

DICIEMBRE
Evaluación de las encuestas recibidas.
Evaluación del proyecto

9. RECURSOS NECESARIOS.
COPISTERIA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NINGUNA DIRIGIDO A PROFESIONALES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0752 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

2. RESPONSABLE CAROLINA FUERTES SCHOTT
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. UCI
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DURAN MATEOS ANTONIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• RAMOS ABRIL VANESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• PEÑARANDA GARCIA EVA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• SENAR ARRUEBO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• SANCHEZ MONTORI LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Existe en el hospital un procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de hemoderivados, que fue realizado por la Comisión de Transfusiones en abril del 2013. En esta revisión, se incluye la necesidad de colocar una pulsera de seguridad transfusional al paciente, que lo asocie con la muestra que se va a extraer, con la solicitud previamente cumplimentada, y con el hemoderivado solicitado. Esto debería llevarse a cabo en todos los pacientes del hospital que van a recibir una transfusión.

Sin embargo, dadas las dificultades que presentan los pacientes de la UCI para colocar las pulseras de identificación y de transfusión en la muñeca (ya sea por edema, vías venosas y arteriales, vendajes...), resulta complicado cumplir este objetivo, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes de UCI llega a tener esta pulsera en su lugar correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Por todo ello, dado que se trata de la seguridad en el manejo de hemoderivados, que en los pacientes de UCI su empleo es muy frecuente, y que además estos pacientes en la mayoría de los casos tienen un bajo nivel de consciencia, parece útil buscar una estrategia de optimización en la identificación de pacientes que van a recibirlos. Los objetivos de este proyecto son:

- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento se recoge la solicitud de sangre de extrema urgencia.
- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reunión inicial con el equipo de enfermería y auxiliares de la UCI para identificar las localizaciones alternativas a la muñeca en la que se podrían colocar las pulseras transfusionales de seguridad.
- Protocolización de las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería y Auxiliares de la UCI para transmitir la necesidad de colocación de estas pulseras, y mostrar el nuevo protocolo que facilitará el cumplimiento de la identificación.
- Seguimiento de la puesta en marcha del nuevo protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes transfundidos / número de pulseras identificativas de transfusión > 99%. Excepcionalmente es posible que existan situaciones de emergencia en las que no sea posible por tiempo llegar a colocar la pulsera en su debido lugar.
- Tasa de efectos adversos transfusionales asociados a una mala identificación del paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo 2019: Primer contacto y reunión tanto con Enfermería como con auxiliares para valorar las localizaciones alternativas a la colocación de la pulsera de seguridad transfusional en la muñeca del paciente en UCI. Concretar la duración de la colocación de la pulsera identificativa, así como asegurarnos de su retirada (en la guía se establece retirarla 48horas tras la transfusión si no se necesita más sangre).
- Marzo 2019: Reunión con los distintos turnos de enfermería en sesiones de 10minutos para explicar tanto la necesidad de colocación de la pulsera, como las alternativas propuestas a la localización en la muñeca.
- Abril 2019- Junio 2019: Seguimiento de todos los pacientes sometidos a transfusión en la UCI quirúrgica, para ver si se cumplen las normas de actuación.
- Julio 2019: Análisis de resultados. Si éste no es positivo, evaluar las causas por las que no se ha identificado al paciente correctamente con la pulsera, y plantear nuevos objetivos/localizaciones.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Pulseras identificativas de seguridad transfusional
- No se requieren otros recursos adicionales a la actividad diaria ordinaria

Proyecto: 2019_0752 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sangrado activo que precisa transfusión de hemoderivados
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO EN EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ELENA ARBUÉS ABAD
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. UCI
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• IBAÑEZ JOVEN CAROLINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• IBAÑEZ TORRES MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• SANZ FRANCO ANDREA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
• VILLA CAPELLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La implantación del marcapasos temporal tranvenoso (MCPT) es una técnica empleada habitualmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). El personal que lo integra debe mantener un nivel adecuado de conocimientos relacionados con el manejo y cuidados requeridos para este tipo de pacientes. Debido a las situaciones de urgencia que se producen en la UCI, es necesario contar con un personal correctamente formado, seguro y coordinado para proporcionar una mayor calidad y seguridad en el paciente. La importante rotación del personal de la unidad hace que esta práctica se lleve a cabo en diversidad de situaciones y áreas de trabajo. Actualmente la "sala de marcapasos" se encuentra ubicada fuera de la unidad coronaria por lo que no es el lugar habitual de trabajo del equipo, esto hace que sea preciso el conocimiento y la disposición del material requerido para su implantación.

Dentro del equipo multidisciplinar que conforma la unidad, el papel del personal de enfermería adquiere una importancia relevante, siendo su responsabilidad tener preparado al paciente, el material y la administración de medicación; por lo que la formación actualizada es necesaria para actuar con la profesionalidad que requiere la situación.

La colocación del MCTP se utiliza en situaciones de extrema urgencia y dado que la implantación suele acompañarse de inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica, se hace necesario tener un referente teórico que incluya los aspectos esenciales de la actuación de enfermería en los pacientes sometidos a esta técnica; ya que asegura una adecuada atención al paciente y agiliza el procedimiento, haciéndolo más seguro y de mayor calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Elaborar un procedimiento de implantación del MCPT para disminuir la variabilidad de la práctica clínica aumentando la seguridad del paciente.
Afianzar la formación del personal de UCI en la colocación del MCPT.
Reducir la ansiedad del personal que participa en la colocación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración y difusión del procedimiento.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Difusión del procedimiento realizado en el servicio mediante correo electrónico o soportes informáticos.
Encuesta de evaluación al personal de UCI sobre los conocimientos previos a la implantación del procedimiento, y los adquiridos tras ello.
Porcentaje obtenido del número de procedimientos difundidos/ número de profesionales del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Los componentes del equipo participarán de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto durante el periodo de abril a septiembre de 2019.
Reuniones bimensuales del equipo de mejora con puestas en común del trabajo realizado.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PACIENTE SUBSIDIARIO DE LA TÉCNICA
• PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1201 (Acuerdos de Gestión)

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO EN EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1339 (Contrato Programa)

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

2. RESPONSABLE JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOLINER LAHOZ JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ROQUES MATA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· GARCIA RUIZ MARIA NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Sin embargo, no está exenta de complicaciones asociadas.

En una revisión de 2013 de 14 estudios que incluyen a más de 16000 pacientes quirúrgicos se produjeron eventos adversos en el 14,4% de los pacientes, el 3,6% provocó la muerte. Se estimó que 1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible, la mayoría de los cuales están relacionados con el cuidado perioperatorio y no con errores de la técnica quirúrgica.

En España la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía está en torno al 10,5%, de los que el 36,5% serían prevenibles.

Existen medidas que han demostrado minimizar el riesgo de eventos adversos: listado de verificación de seguridad quirúrgica, profilaxis de enfermedad tromboembólica, normotermia, profilaxis antibiótica adecuada, adecuada retirada del vello, utilización de clorhexidina alcohólica como antiséptico cutáneo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal: mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en nuestro hospital.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ.
2. Mejorar la aplicación de las medidas para prevenir el tromboembolismo asociado a la cirugía.
3. Implementar herramientas para el uso seguro de medicación en anestesia: etiquetado de medicación.
4. Aplicación adecuada de la profilaxis antibiótica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

6.1. Medidas relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico:

- Cumplimentación adecuada del listado de verificación quirúrgica.
- o Acciones formativas
- o Registro de cumplimentación
- Mantenimiento de normotermia en periodo perioperatorio:
- o Revisión del protocolo
- o Difusión del protocolo
- Aplicación adecuada de profilaxis antibiótica:
- o Cumplimiento de las indicaciones PROA cirugía
- Retirada de vello adecuada.
- o Revisión y actualización del protocolo
- Antisepsia piel con clorhexidina alcohólica.
- Seguimiento del protocolo de la profilaxis tromboembólica en el paciente quirúrgico.
- Prevención de errores de medicación en quirófano
- o Protocolización del etiquetado de medicamentos.

6.2. Medidas relacionadas con la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

- Encuesta a profesionales del Bloque Quirúrgico.
- Formación en seguridad del paciente: Curso on line.
- Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Nº de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa.
- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ.
- % LVSQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.
- % adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica.

Proyecto: 2019_1339 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia.
 - % reingresos urgentes tras cirugía programada.
 - % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada
 - % mortalidad postoperatoria (durante el periodo de hospitalización).
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Adhesión al programa Cirugía Segura: enero 2019.
 - Formación on line en Seguridad del Paciente: febrero - diciembre 2019.
 - Trabajo en equipos del Bloque Quirúrgico para aplicación de las medidas: febrero - marzo 2019.
 - Implantación de las medidas: abril - junio 2019.
 - Evaluación de indicadores: septiembre- diciembre.
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procedimientos quirúrgicos
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0787 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

2. RESPONSABLE GEMA PALACIO GAVIN
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CALLIZO PEQUERUL LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - MERIDA DONOSO ANCHEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - MORENO CUARTERO ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - PEREZ VALLE RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - CRIADO MAINAR CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - ANDRES BALSAL ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
 - PEREZ MAINAR LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, precisa de unos cuidados continuos y específicos de enfermería durante sus sesiones. A día de hoy en nuestra unidad, no contamos con un informe de enfermería exclusivo que recoja la actividad del tratamiento de hemodiálisis, por lo que consideramos una gran mejora crear uno específico para la unidad, que nos permita elaborar con identidad propia el informe de alta de cuidados de enfermería.

Actualmente en el servicio de diálisis contamos con dos unidades de hemodiálisis, una localizada en la planta semisótano de HCU Lozano Blesa y la otra en la planta calle del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez. En ambas se trabaja con un programa informático llamado "Nefrolink".

En el Real Decreto 1093/2010, de 30 de septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, se incluye el informe de cuidados de enfermería en su Anexo VII. En éste se especifican los contenidos mínimos para conseguir una continuidad de cuidados y mejorar de esta manera la calidad de los mismos a pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Creación del documento: "Informe de Alta de cuidados de Enfermería" y registro del mismo
- Mejorar la comunicación con los profesionales de otros centros sanitarios
- Mantener la continuidad en los cuidados de enfermería a pacientes en hemodiálisis, facilitando la calidad asistencial y
- Cuidados propios de enfermería al paciente desplazado o vacacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Configurar en el programa informático "Nefrolink", un apartado que registre la información más importante del tratamiento y de los cuidados de enfermería, que permita exportar los datos y elaborar un informe.
2. Elaboración de un informe de continuidad de cuidados relacionados con el tratamiento en hemodiálisis para atención primaria, residencias, vacaciones o traslados...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Seguimiento del registro del "informe de Alta de enfermería".
- Confirmación de la recepción del Alta de Enfermería en el centro destino a través de consulta telefónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio del proyecto en marzo del 2019.
- Hasta abril del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable de "Nefrolink" para la adaptación de dicho programa a las necesidades del proyecto. Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Durante las primeras semanas de mayo, realizaremos la formación del personal de enfermería para la correcta cumplimentación del informe de alta en el "Nefrolink".
- A los 6 meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, mediante una reunión del equipo de enfermería, valorando las actividades y los resultados obtenidos hasta el momento, analizando la situación objetiva poniendo en común la evolución del proyecto: registro, problemas detectados, pérdidas de información ...
- Diciembre de 2019 se valorará el grado subjetivo de desarrollo de la acción de mejora, así como posibles conclusiones y actividades pendientes.

Proyecto: 2019_0787 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Colaboración a través de reuniones con el personal informático responsable de "Nefrolink" para diseñar la recogida de datos y la elaboración del informe.
- Colaboración en el cumplimiento y seguimiento del proyecto por parte del personal de enfermería de la unidad.
- Charlas de formación al personal de enfermería, donde se instruirá en el manejo de las herramientas informáticas precisas para un adecuado manejo de "Nefrolink" tanto en la recogida de datos como en el registro de cara al "Alta de enfermería".

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermo renal crónico en tratamiento con hemodiálisis
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0791 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

2. RESPONSABLE ANCHEL MERIDA DONOSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES BALSA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· GASPAR AMO MERCEDES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· MENESES BERNAD GLORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· MARTINEZ CEREZO PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· MARTIN ETXEBARRIA SILVIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· BENITO ORMEÑO ADOLFO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· MARTINEZ MARTINEZ IDOIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El trabajo de enfermería en un centro de hemodiálisis es muy específico. Por ello consideramos la necesidad de crear un manual de acogida para el personal del servicio de hemodiálisis, explicando técnicas, los periodos en que estarán "tuteladas" por otras enfermeras con experiencia, las características propias del servicio etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Crear medidas que mejoren la eficacia del proceso de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
-Diseñar un proceso de acogida que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
-Fomentar desde el inicio la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos de la unidad.
- Facilitar el aprendizaje del tratamiento en la insuficiencia renal y las posibles complicaciones que puedan suceder durante el mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Visita guiada al servicio.
-Entrega de los protocolos de los que dispone la unidad.
-Entrega del manual de acogida en el que se explica conceptos básicos de la hemodiálisis, el funcionamiento de la unidad, actividades de enfermería en "aislamiento", UCI, quirófano, sala de crónicos y de agudos en hemodiálisis, tiempos de aprendizaje orientativos, etc.
-Entrega de manual básico del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis que actualmente se utilizan.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Encuesta autoadministrada de satisfacción del nuevo personal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio del 2019. En abril se realizará una reunión del grupo de trabajo de este proyecto para definir el guión del manual de acogida. Se maquetará y se imprimirá para estar disponible en junio de 2019. Una vez puesto en marcha, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta el fin del proyecto.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Colaboración del personal experto de la unidad para enseñar al personal nuevo.
- Manual de acogida.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad crónica renal en hemodiálisis
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0808 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

2. RESPONSABLE CARMEN CRIADO MAINAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO PARIS SANDRA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· TELLO SANCHO MATILDE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· ALVIRA MATEO FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· GARCIA LANZAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS
· TOBIAS RUIZ ELVIRA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La unidad de Diálisis del Hospital Clínico Lozano Blesa situada en la planta semisótano, cuenta con unas instalaciones antiguas de más de treinta años, que no han sido reformadas en ningún momento, de hecho la ubicación actual de la unidad se contempló entonces de forma provisional, esperando una reforma o un emplazamiento diferente. Son instalaciones viejas, obsoletas y en algunas ocasiones podríamos definir las como insuficientes e inapropiadas. Con el paso del tiempo esta situación ha ido empeorando y las deficiencias interfieren en el trabajo diario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La reforma de la unidad será un beneficio en primer lugar para los pacientes y también para el personal, que unos podrán beneficiarse de unas instalaciones modernas, adecuadas y la plantilla mejorará sus condiciones de trabajo, adecuándose las nuevas instalaciones a la misma línea de la unidad nueva en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, dependiente del Hospital Clínico.

Los pacientes que serán objeto de la mejora son :

- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal en programa de hemodiálisis-
- Pacientes con insuficiencia renal aguda que precisen de instauración de acceso vascular y tratamiento de hemodiálisis de forma aguda.
- Pacientes crónicos o agudos portadores de virus positivos que precisen aislamiento del resto de pacientes.
- Pacientes de la Unidad de Críticos del hospital que se beneficiará de una mejor y más avanzada tecnología para sus tratamientos dialíticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Reuniones con la dirección para estructurar las obras de la reforma.

Reuniones con la empresa que resulte adjudicada por concurso.

Traslado provisional de la unidad actual a la ubicación que la dirección determine.

Reuniones con los pacientes crónicos para informar del nuevo proyecto y la ubicación provisional.

Informar a los servicios de transporte de los pacientes crónicos de los cambios, y coordinar las modificaciones.

Reuniones con la plantilla para definir estrategias para la nueva organización provisional.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Funcionamiento con las mismas directrices de la dirección del servicio de:

Sala de pacientes crónicos

Sala de pacientes agudos

Puesto para aislamiento

Sala blanca o quirófano para la inserción de catéteres vasculares y realización de biopsias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo de 2019 Sale a concurso la licitación de las obras.

Junio 2019 comienzan las obras de reforma de la unidad, que tienen que coincidir con el período vacacional, puesto que la actual unidad se cerrará por completo, la dirección tiene que reubicar el servicio de forma provisional aprovechando los cierres estivales de ici, planta...

Octubre 2019 la reforma debe estar concluida, puesto que finalizan los cierres de verano.

Noviembre 2019 la Unidad estará finalmente instalada en la nueva unidad.

A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando sí cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento.

Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se necesita una ubicación provisional dentro del hospital para trasladar la actual unidad durante la reforma.

La empresa adjudicataria acometerá las obras en la unidad .

La dirección del hospital complementará parte de esta reforma, la que no ha sido ofertada en concurso.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_0808 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Insuficiencia Renal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA ADECUAR LA SOLICITUD DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE CARMEN LAHOZA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRO ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· CONTRERAS DELGADO KAREN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· JORDAN DOMINGO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MADARIAGA RUIZ BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en Urgencias. Son muchas las patologías orgánicas que pueden cursar con dolor abdominal y también muchos los casos es que el diagnóstico final es de dolor inespecífico sin causa clara. La rentabilidad de la radiografía simple de abdomen en la patología urgente es escasa y sin embargo el número de exploraciones radiológicas que se realizan es muy elevado. Con demasiada frecuencia la solicitud se realiza en un contexto "defensivo" o como petición rutinaria sin plantearse la rentabilidad real de la prueba y son pocas las ocasiones en que los hallazgos de la radiografía urgente aportan datos relevantes para el clínico. Además, no son pocas las ocasiones en que hallazgos inespecíficos condicionan la actitud diagnóstica y terapéutica sin motivos reales para ello. Conocer las limitaciones de esta exploración en la patología urgente así como las indicaciones reales de la misma, redundaría sin duda en un beneficio para los pacientes y para el sistema y en una reducción drástica del número de exploraciones innecesarias que se realizan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal de este proyecto es adecuar la utilización de la radiografía simple de abdomen en la patología urgente. La población diana a la que se dirige son todos los médicos (facultativos o M.I.R.) que solicitan radiografías de abdomen durante la atención de pacientes en Urgencias. Se prevé que al finalizar el proyecto la reducción del número de radiografías de abdomen solicitadas desde el Servicio de Urgencias sea de al menos un 30% y que si el proyecto sigue vigente con posterioridad, la reducción de exploraciones pueda superar el 50% respecto al número actual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Entre las acciones previstas para desarrollar este proyecto destacan:

1. Recopilación de la evidencia científica respecto a las indicaciones reales de la radiografía simple de abdomen en Urgencias
2. Elaboración de un material didáctico de bolsillo con las recomendaciones extraídas
3. Sesiones clínicas para la divulgación y formación sobre los aspectos más destacados y distribución del material didáctico (formato bolsillo) para todos los profesionales médicos que desarrollan su labor asistencial en Urgencias.
4. Intervenciones de 1-2 minutos a la entrada de cada guardia (todos los días) para recordar la vigencia del proyecto y la importancia del mismo.
5. Divulgación del proyecto en el Servicio de Radiodiagnóstico para unificación de criterios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Elaboración de un material didáctico de bolsillo que resume de manera clara las indicaciones de radiografía de abdomen en urgencias.
 - a. Indicador: existencia de dicho material SÍ/NO
Objetivo: existencia de dicho material
Fuente de información: el propio Grupo de Mejora
 - b. Indicador: conocimiento entre los profesionales médicos incluidos como población diana del proyecto de la existencia de dicho material SÍ/NO
Objetivo: superior al 80%
Fuente de información: encuestas dirigidas a los profesionales
2. Desarrollo de sesiones de formación y divulgación del material con las indicaciones reales de la radiografía de abdomen
Indicador: porcentaje de profesionales que han recibido formación: %
profesionales que han recibido al menos una sesión formativa / nº total de profesionales incluidos en la población diana
Objetivo: 80%
Fuente de información: control de firmas en las sesiones formativas e informe de asistencia por la Coordinación del Servicio y el Grupo de Mejora
3. Medición del impacto del proyecto al finalizar el año referido a la disminución en el número de radiografías de abdomen solicitadas desde Urgencias
Indicador: nº de radiografías de abdomen pedidas en Urgencias / nº total de pacientes atendidos en urgencias
Objetivo: reducir un 30% el número de exploraciones respecto al año anterior

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0122 (Acuerdos de Gestión)

PROYECTO PARA ADECUAR LA SOLICITUD DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN URGENCIAS

Fuente de información: Servicio de Radiodiagnóstico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto puede desarrollarse durante los meses que restan del año 2019 aunque su vigencia puede prolongarse en años posteriores con las mínimas actualizaciones periódicas a las que obligue la evidencia científica en el futuro. Respecto a su puesta en marcha, el cronograma tras la aceptación del proyecto sería el siguiente:

? Primer mes: reunión de miembros del grupo, diseño en común de la estrategia a seguir, recopilación de la evidencia y elaboración del material de recomendaciones

? Segundo mes: labores docentes y de difusión de la evidencia disponible en este campo y del proyecto en sí

? A partir del segundo mes intervenciones diarias al inicio de cada guardia de Urgencias a modo de recordatorio para mantener la vigencia del proyecto entre los profesionales

? Diciembre de 2019: medición de los indicadores propuestos e informe de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

No procede

10. OBSERVACIONES.

No procede

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. CONTINUACION

2. RESPONSABLE BEATRIZ AMORES ARRIAGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
• VALIENTE MARTINEZ CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• CANTIN GOLET AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• BERNAL JULIAN MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El año anterior se inició el proyecto de mejorar el uso de la fluidoterapia en urgencias puesto que se había valorado que se hacía un sobreuso con consumo de recursos de manera innecesaria, y además ausmiendo unos posibles efectos adversos por ese sobreuso. Desde el inicio del proyecto, se han redactado dos documentos para mejorar el uso y se ha iniciado su divulgación, pero no se ha podido medir el impacto de este proyecto por haberse retrasado el inicio. Durante el curso de 2019, se va a continuar con al medición de indicadores y se realizarán nuevas acciones para mejorar el uso de la fluidoterapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

mejorar el

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia. Para ello se continuará el proyecto iniciado el año pasado, por lo que se detalla los puntos ya realizados y los previstos:

En el primer punto:

- 1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio. Ya realizado
- 2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación. Ya realizado
- 3- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
- 4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
- 5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

En el segundo punto,

- 1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa. Ya realizado
- 2- Se describirá cuales no precisan dilución. Ya realizado
- 3- Se elaborará un documento resumen. Ya realizado
- 4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal. Pendiente de repetir.
- 5- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
- 6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
- 5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero

Proyecto: 2019_0123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. CONTINUACION

al 15 de junio de 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Dadao que es continuación, la medición del número de envases ya se ha iniciado el 15 de febrero de 2019 y se realizarán coortes el 15 de marzo, de abril y mayo.
Se prerogramará una nueva sesión formativa con enfermería y se enviará de nuevo el documento recordatorio al personal facultativo y residentes.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Del propio servicio de urgencias y de farmacia.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. visitas a urgencias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2019_0124 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL TTº ANTICOAGULANTE ELEGIDO EN PACIENTES DE PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR DURANTE SU ASISTENCIA EN URGENCIAS. COMPARATIVA DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE TTº ANTICOAGULANTE

2. RESPONSABLE ELISA ALDEA MOLINA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• JIMENEZ CASADO MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• MUNIESA GRACIA PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• PEREZ PAÑART ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fibrilación auricular es uno de los diagnósticos frecuentes en urgencias, durante la asistencia de pacientes con primeros episodios de fibrilación auricular se deben evaluar su riesgo, tanto de evento tromboembólicos a través de la escala CHADSVASC, como de hemorragias (HASBLED), éstas herramientas nos permiten tomar la decisión de si es necesario anticoagular o no a este tipo de enfermos. En el momento actual y gracias a la llegada de nuevos anticoagulantes (ACOADS) han permitido, de acuerdo con las nuevas guías de manejo, dejar en un segundo plano a los AVKs clásicamente usados. En el Servicio de urgencias hemos detectados dos problemas, el primero de ellos es que pacientes que deberían estar anticoagulados según escalas no lo están y en segundo lugar el todavía alto porcentaje de pacientes anticoagulados con AVK cuando, estando indicado, se podría haber elegido un fármaco distinto (ACOADS).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Intentar que ningún paciente que precise anticoagulación se vaya del Servicio de Urgencias sin recibirla.
2. Valorar si los pacientes que reciben anticoagulación lo hacen con el fármaco más adecuado según las características del enfermo (Fibrilación auricular valvular o no) y según guías clínicas de la Fibrilación auricular de la SEC 2016. Mejorar en este aspecto.
3. Que al prescribir ACOADS se realiza con el fármaco más adecuado y a la dosis correcta para evitar complicaciones por mal uso del medicamento.
3. Disminuir el reingreso de pacientes por complicaciones relacionadas con la anticoagulación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesion sobre novedades de anticoagulación, datos de nuestros propios enfermos y de cómo podemos mejorarlo.
Recogida de datos a través de Historia clínica electrónica.
Sesión con análisis de datos posteriores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de enfermos con fibrilación auricular primer episodio bien anticoagulados entre todos los pacientes con fibrilación auricular primer episodio que precisarían anticoagulación.
Pacientes con Fibrilación auricular no valvular anticoagulados con AVKs entre todos los paciente con fibrilación auricular primer episodio anticoagulados.
A cuantos de los pacientes anteriores se les podía haber prescrito ACOADS.
Número de readmisiones por complicaciones con la terapia anticoagulante de pacientes con fibrilación auricular primer episodio anticoagulados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realización de Sesión con novedades en anticoagulación y datos de nuestros pacientes en segundo trimestre de 2019.
Recogida de datos durante los siguientes 12 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No procede

10. OBSERVACIONES.

No procede

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0124 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL TTº ANTICOAGULANTE ELEGIDO EN PACIENTES DE PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION AURICULAR DURANTE SU ASISTENCIA EN URGENCIAS. COMPARATIVA DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE TTº ANTICOAGULANTE

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CARDIOVERSION ELECTRICA COMO PRIMERA OPCION TERAPEUTICA EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA O PRIMER EPISODIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE TERESA PARDO VINTANEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDEA MOLINA ELISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CANTIN GOLET AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CONTRERAS DELGADO KAREN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La fibrilación auricular es una patología con alta frecuencia en los servicios de Urgencias . En muchos de los episodios, nuestro objetivo terapéutico es restaurar el ritmo sinusal en el paciente, bien de manera farmacológica o mediante cardioversión eléctrica. Se ha demostrado ampliamente la seguridad y efectividad de éste último procedimiento, recomendándose como primera opción en las últimas guías de práctica clínica . Hemos detectado que en el Servicio de Urgencias se opta en gran parte de estos episodios por una cardioversión farmacológica a pesar de que se den las condiciones idóneas, lo que conlleva una mayor estancia en la Sala de Observación de nuestro servicio, una mayor tasa de efectos secundarios derivados de los fármacos antiarrítmicos, y un incremento del gasto total . En muchos de estos casos además, se acaba realizando una cardioversión eléctrica en torno o pasadas las 24 h del episodio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Intentar considerar la CVE como tratamiento inicial en pacientes con fibrilación auricular en los que persigamos restaurar el ritmo sinusal y cumplan las condiciones idóneas (ayuno >6h)
- Disminuir la estancia media de este tipo de pacientes en el Servicio de Urgencias
- Disminuir asimismo la tasa de efectos secundarios derivados de la perfusión continua de fármacos antiarrítmicos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Recogida de datos a través de la historia clínica electrónica
Sesión clínica sobre cardioversión eléctrica, datos sobre nuestro servicio, y medidas de mejora.
Sesión clínica con análisis y resultados del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número total de pacientes con fibrilación auricular, bien primer episodio o paroxística, en los que hayamos realizado una cardioversión (farmacológica o eléctrica)
- Pacientes de este grupo en los que hayamos realizado una CVE en menos de 12 h de estancia en Urgencias.
- Número de pacientes en los que se haya optado por cardioversión farmacológica que han precisado posterior CVE tras estancia en Sala de Observación
- Pacientes que hayan sufrido efectos secundarios /adversos derivados de los fármacos antiarrítmicos
- Estancia media de este tipo de pacientes en el Servicio de Urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Recogida de datos durante los siguientes 12 meses
Sesión clínica sobre CVE y datos sobre nuestros pacientes en el segundo semestre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0345 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE PAMELA VILLAFRANCA RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANS ATANCE ADRIAN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MALO LATORRE TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CRISTOBAL ALMAZAN EVA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SANCHO ARRUGA MARIA JESUS. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· JORQUI PEREZ EVA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MERCADAL ALOS ANA EMILIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Unidad de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.
Necesidad detectada en el propio Servicio de Urgencias.
Demanda de los propios profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a Urgencias.

Aumentar la calidad asistencial.

Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia en Urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación, enlaces on line.

Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.

Cualificación del personal de nueva incorporación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.

Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realiza durante el año 2019.

La previsión de las sesiones será a demanda y en dependencia de los periodos de contratación. (Mínimo 2 al año)

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier tipo de urgencias

· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0350 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CRITICO

2. RESPONSABLE ADRIAN SOLANS ATANCE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BAEZA LOBARTE BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• COMENGE MALLORQUIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• GARCIA TOVAR MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• MARCO BORDERAS MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• SALAS FERRER PAOLA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• FRANCO CASAL ANA CARMEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
• TENO NAVARRO ISABEL MARIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Unidad de Urgencias y debido a que las situaciones que se pueden presentar en un paciente crítico son imprevisibles, creemos necesario que el personal de enfermería esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a este tipo de situaciones.
Necesidad detectada en el propio Servicio de Urgencias.
Demanda de los propios profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Afrontar con eficacia la asistencia a un paciente en situación crítica.
Aumentar la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1º Estas simulaciones se realizarán en una sala con un carro de paradas, un monitor desfibrilador y un torso para maniobras de RCP y se entrenará a los asistentes en lo siguiente:

1. Preparación del box de urgencia vital. Checklist
2. Uso y manejo de los diferentes aparatos utilizados en una urgencia vital.
3. Aproximación a la PCR.
4. Actuación básica ante un código ictus.
5. Atención al paciente en una endoscopia de urgencia.
6. Atención al paciente en una cardioversión.
7. Simulación in situ ante un paciente crítico.

2º Se realizarán sesiones clínicas para analizar y evaluar la actuación ante una situación crítica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de sesiones clínicas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será mensual. (Mínimo 9 al año)

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crítico
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ADRIAN SOLANS ATANCE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCEGA TIRADO JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MARIN MORCILLO INMACULADA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RODRIGUEZ PEREZ NATALIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· JORQUI PEREZ EVA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Debido a la gran importancia que tiene el tiempo de actuación en el proceso agudo de diagnóstico y tratamiento del ICTUS en el servicio de Urgencias, queremos concienciar al personal de enfermería de Urgencias de que nuestra labor en este proceso es imprescindible e importante.
Además, el Servicio de Neurología nos ha invitado en diversas ocasiones a participar activamente en la fase hiperaguda del ICTUS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Garantizar con eficacia, calidad y seguridad la asistencia a los pacientes en fase hiperaguda del ICTUS.
Mejorar la calidad asistencial.
Colaboración estrecha con el grupo del ICTUS del hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Preparación de un formulario (check-list) para que el personal de enfermería de Vitales sepa sistemáticamente cómo actuar correctamente ante un paciente con sospecha de ICTUS .
Realización de talleres teórico prácticos sobre los cuidados enfermeros que requieren los pacientes que acuden a Urgencias con sospecha de ICTUS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de talleres realizados a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a los talleres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realiza durante el año 2019
La previsión de los talleres será trimestral.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No se precisa.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1350 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

2. RESPONSABLE DANIEL SAENZ ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· REBOLLO PINA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las razones más frecuentes de mortalidad potencialmente evitable, según el análisis de incidentes notificados al sistema de Reino Unido desde 2010 a 2012, fueron la incorrecta actuación durante el empeoramiento del paciente, la falta de prevención y la deficiente supervisión y monitorización de signos vitales. Estos hallazgos se producen principalmente en las unidades de hospitalización de pacientes no críticos y podrían ser reducidos si el empeoramiento de los pacientes fuera identificado a tiempo.

Los sistemas utilizados para este reconocimiento precoz son los "Early Warning Systems" (EWSs) o "Physiological Track and Trigger Warning Systems" (TTs). Se tratan de sistemas de alarma basados en la observación periódica de variables fisiológicas que se monitorizan rutinariamente durante el periodo de hospitalización de los pacientes. El sistema a adoptar por el HCU "Lozano Blesa" sería el Modified Early Warning Score (MEWS) que contempla la medición de las siguientes variables y estratifica el riesgo según sus puntuaciones.

La investigación muestra que los resultados de las variables que provocan la activación de los sistemas de alerta temprana se asocian a un mayor riesgo de ingreso no programado en UCI y de mortalidad en un plazo de 24-48h.

El registro de cuidados en el aplicativo GACELA permite de forma sistemática, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas no críticas, monitorizar los signos de alarma y establecer las alarmas de alerta temprana que permiten identificar el empeoramiento de los pacientes y los riesgos potenciales de mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Garantizar la accesibilidad informática al complejo de Alerta Temprana
- Promover la identificación de los pacientes hospitalizados en riesgo de empeoramiento basándose en el Modified Early Warning Score (MEWS)
- Garantizar una atención sanitaria precoz a los pacientes en riesgo de empeoramiento
- Valorar el impacto de la implantación de Alerta Temprana en la Mortalidad Bruta del hospital
- Reducir el número de ingresos en UCI procedentes de las unidades de hospitalización convencional
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Garantizar la implantación efectiva del proyecto Alerta Temprana en las Unidades de Hospitalización
- Disminuir la Mortalidad Bruta en el Servicio de UCI
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Conocer la opinión sobre la herramienta Alerta Temprana de los profesionales del HCU Lozano Blesa

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Difusión de la herramienta basada en el Modified Early Warning System en las unidades de hospitalización
- Comunicación del modo de activación de respuesta temprana a pacientes en riesgo de empeoramiento según MEWS
- Sesión de enfermería incluida en el Plan de Formación Continuada del Sector
- Sesión Clínica general
- Formación de acogida al personal médico especialista en formación (MIR)
- Actualización del programa informático Gacela Care
- Provisión de equipos informáticos en las unidades que lo requieran
- Cuantificación de avisos a facultativos por riesgo de empeoramiento de pacientes emitidos adecuadamente
- Monitorización de exploraciones y cambios de tratamiento realizados tras recibir aviso de paciente con riesgo de empeoramiento
- Retroalimentación trimestral a las jefaturas de servicio y supervisiones de enfermería del desarrollo del Código Alerta Temprana y la monitorización de indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales sobre el grado de utilidad y satisfacción con la herramienta Código Alerta Temprana

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de unidades de hospitalización convencional con la gestión informática del complejo alerta temprana activada
 - % de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS
 - % de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS
- Informe de valoración de Tasa de Mortalidad Bruta del HCU "Lozano Blesa"
- % de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada

Proyecto: 2019_1350 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

- Tasa de mortalidad en UCI
- n.º de días de estancia de pacientes según diagnóstico (sepsis, insuficiencia respiratoria aguda y complicación de hemorragia postintervención)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Implantación informática en las unidades durante el primer trimestre de 2019
- Sesión general en Salón de actos en marzo de 2019
- Sesión específica de enfermería en unidades de hospitalización primer semestre del año 2019
- Evaluación trimestral de Indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales durante el 2º semestre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Actualización del programa informático Gacela Care
- Acceso a base de datos de la empresa gestora del programa Gacela
- Formadores en las unidades asistenciales
- Datos procedentes de CMBD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BERNAL JULIAN
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- VILLAFRANCA RUIZ PAMELA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- MARCO BORDERAS MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- GONZALEZ ESGUEDA AINHOA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
- RODRIGO GASCA LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La urgencia es un servicio vivo y en constante evolución y crecimiento. Dentro de la urgencia, el Triage es una parte ESENCIAL puesto que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Permite la clasificación de los pacientes según el nivel de urgencia de una forma segura y eficiente. El triaje se basa en una toma de decisiones a partir de una valoración individualizada, dinámica y adaptada a las características del paciente/familia y del servicio. Esta valoración se realiza a partir de una información muchas veces incompleta y bajo una presión continua por lo que los profesionales que realizan esta función deben tener unas habilidades y competencias específicas. En urgencias, el personal está en constante cambio, por lo que es necesario tener un buen sistema de formación y una plataforma que recoja sus carencias y necesidades y tenga la capacidad de darles solución y apoyo, así como que garantice una continua actualización y formación de sus profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Identificar a aquellos pacientes que requieren de una atención inmediata.
- Clasificar a los pacientes según la prioridad clínica y así disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en urgencias
- Brindar información completa al paciente y su familia sobre la clasificación de triaje y los tiempos de espera para su atención.
- Servir de plataforma de apoyo a los profesionales implicados en el proceso de Triage.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Actualizar procedimiento de Triage existente en el hospital para adecuarlo a las necesidades reales y actuales del servicio, profesionales y usuarios del servicio de urgencias.
- Servir de apoyo a los profesionales que se encargan del triaje para recoger todas sus dudas e intentar aportar una solución adecuada.
- Programar cursos de formación para el personal de nueva incorporación siguiendo las recomendaciones de SEMES.
- Estar al tanto de actualizaciones periódicas del programa informático, el cual debe estar integrado en los circuitos asistenciales del servicio de urgencias así como de la historia clínica electrónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Monitorización a la adaptación del nuevo Protocolo.
- Formación de los profesionales de nueva incorporación: se valorará asistencia a cursos de formación y el alcance al mayor número de profesionales.
- Medición de los siguientes indicadores:
 1. Tiempo de admisión/triaje
 2. Tiempo de realización del triaje
 3. Correlación entre ingresos y nivel de triaje
 4. Correlación entre nivel de triaje y complejidad del paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será mensual, mínimo unas 8 al año.

9. RECURSOS NECESARIOS.

No precisa

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGÍAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

2. RESPONSABLE CARLOS MURILLO PEREZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. UROLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• GARCIA MAGARIÑO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• MEDRANO LORENTE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
• SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Servicio de Urología se dotó así mismo, hace años, por iniciativa propia, de un programa informático para gestión de datos, denominado "Filemaker®", con el cual se han generado muchas bases de datos aplicadas a distintos aspectos de la asistencia sanitaria del Servicio.

Comenzó como un sistema de gestión de los protocolos operatorios y ahora se ha ramificado a Litotricia, Biopsias de próstata, Urodinámica, Andrología, Tumores vesicales superficiales, Tumores vesicales infiltrantes, etc.

En el Servicio ejercen su actividad 18 médicos de plantilla más 4-5 médicos residentes, que utilizan de manera habitual este programa, así como secretarías y enfermeras. Esto hace que se produzcan algunos "incumplimientos" en la cumplimentación de los datos de los diferentes formularios.

Dado que algunas de estas bases de datos sirven para "clasificar" determinadas patologías y determinar así el tratamiento, seguimiento o pauta a seguir en cada caso, nos resultaría muy útil conseguir que el número de incumplimientos se redujera al mínimo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Hemos decidido iniciar este programa a modo de "auditoría" interna, para averiguar el impacto real de la ausencia de estos datos y, por supuesto, proponer al resto de miembros del Servicio un esfuerzo para subsanar estos fallos. Es comprensible que dado que el número de profesionales implicados no es pequeño, el objetivo puede necesitar de un cierto tiempo para ser alcanzado plenamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La primera acción será homogeneizar la nomenclatura utilizada para definir las técnicas quirúrgicas en los protocolos operatorios de la base de datos Filemaker®, con el objeto de que las búsquedas de estos protocolos, a partir de ahora, se puedan realizar con la seguridad de que se rescatan todos los protocolos de esa técnica quirúrgica. Se modificará la forma de introducir la denominación de la técnica con un "desplegable", con posibilidad de indicar el lado (derecho-izquierdo) y de varias técnicas quirúrgicas simultáneas al mismo paciente.

Además, se comunicará a todos los miembros del Servicio la necesidad de indicar en el diagnóstico de las cistoscopias por control postoperatorio de tumor vesical, que no será otro que "Control de tumor vesical", para que así conste en la base de datos de PROTOCOLOS.

Para los controles de la cumplimentación de los protocolos de tumor vesical se revisarán los realizados en cada período en relación con las intervenciones realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de protocolos hechos/no hechos y completos/incompletos.

Para los controles de la cumplimentación del programa ECOCIS se recurrirá a, primero, búsqueda de las cistoscopias por "Control de tumor vesical" y, a continuación, comprobar que estos pacientes tienen abierta ficha en la base de datos ECOCIS. Se valorarán los porcentajes de fichas hechas/no hechas, su cumplimentación y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

Para los controles de la cumplimentación del programa BIOPSIAS DE PRÓSTATA se revisarán las fichas de la base de datos, en relación con las biopsias realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Homogeneización de la nomenclatura de las técnicas quirúrgicas en el archivo de protocolos operatorios
 2. Protocolos operatorios con adecuada nomenclatura, del total de esa técnica quirúrgica
 3. Sistema de control de la cumplimentación de los protocolos de RTU de tumor vesical
 4. Protocolos operatorios de RTU de tumor vesical con los datos cumplimentados (nº de tumores, tamaño, recidiva, anatomía patológica)
 5. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos ECOCIS
 6. Pacientes con diagnóstico de Tumor vesical incluidos en programa ECOCIS, del total de los sometidos a cistoscopia de control
 7. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos Biopsia de próstata
 8. Pacientes sometidos a biopsia de próstata con todos los campos cumplimentados, respecto a todas las biopsias realizadas.
- Los coordinadores del programa se encargarán de la evaluación, solicitando la colaboración de quien se considere necesario.

Proyecto: 2019_0207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Se presentarán los resultados en sesión clínica y se contactará con los profesionales que hayan incurrido en errores, de forma privada, para valorar la causa de los mencionados fallos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 1/01/2018. Fecha de finalización: abierta.

Monitorizaciones previstas (fecha aproximada): Finales de Abril, Agosto y Diciembre

Presentación en Sesión Clínica: Mitad de Mayo y Septiembre

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos ya disponibles en el servicio

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

2. RESPONSABLE VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BLANCO CHAMORRO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras la aprobación de este programa para 2018, en junio, se diseñó el modo de funcionamiento de la Consulta de Alta Resolución para Estenosis de Uretra (ubicada en la Unidad de Litotricia), para poder realizar ecografía, cistoscopia, calibración uretral, etc, ese mismo día.
Así mismo se recogían los datos de pacientes incluidos en LEQ en esa misma consulta, objetivo final de la misma, para la programación y evaluación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Población diana: pacientes con patología obstructiva del tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral. Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y el tratamiento, disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional. Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta específica de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS). En la consulta específica se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física y hallazgos de la CUMS. Si se diagnostica de estenosis uretral en la misma consulta se dispone de cistoscopia para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de la estenosis. Además en la consulta hay a nuestra disposición un ecógrafo para evaluar el tracto urinario superior y valorar la existencia de residuo postmiccional. Con los hallazgos de todas las pruebas realizadas en una única consulta se incluye al paciente en lista de espera para la cirugía más adecuada a cada caso. El seguimiento de los pacientes intervenidos de cirugía uretral es en la misma consulta específica con las pruebas descritas previamente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Existe una consulta específica de patología uretral: (estándar = SI)
- Pacientes programados desde esta consulta: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacie(n)tes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o más historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional): estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacientes con Urocultivo previo: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio 1/1/19. Fecha de finalización: abierta.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0261 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

2. RESPONSABLE FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLANCO CHAMORRO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
- VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, siendo el primer motivo de consulta en los servicios de urología. Este programa se aprobó a mediados del año 2018, por lo que los resultados obtenidos fueron del segundo semestre del año, siendo mejor de lo esperado para el primer año. Observamos una gran dificultad para la búsqueda de los datos de los parámetros básicos (volumetría prostática ecográfica, PSA y tacto rectal), ya que están en la historia clínica "en papel". Además, detectamos pacientes sin uno o varios parámetros en el año previo a la intervención quirúrgica, sobre todo el tacto rectal. De hecho, el 11,62% de pacientes se operaron sin ninguno de los 3 parámetros básicos y otros en ausencia de alguno de ellos. Por ello se hace necesario continuar con el programa durante el año 2019 y probablemente sucesivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, con alto impacto en la calidad asistencial.

Como consecuencia de se espera:

- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Optimizar el tiempo quirúrgico.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Seguiremos con la estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.

Para mejorar los resultados vemos necesario modificar el modo de actuación y anotar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica y protocolos operatorios los parámetros objeto de estudio mejorando su búsqueda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Pacientes con volumetría prostática ecográfica (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con Tacto Rectal (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con PSA (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes sin los 3 parámetros básicos (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.

Criterios de exclusión: No se contemplan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 1/01/2019 Fecha de finalización: abierta

Dado que el Programa es continuación del año anterior, pretendemos hacer 2 monitorizaciones, en junio y diciembre, de los indicadores antes comentados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Hombres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2019_0261 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Proyecto: 2019_0449 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE INTERVENCION PSICOLOGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRONICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

2. RESPONSABLE MARIA PILAR DELGADO MIGUEL
• Profesión PSICOLOGO/A
• Centro USM CALATAYUD
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA. PSIQUIATRA. USM CALATAYUD. PSICOLOGIA CLINICA
• CEBOLLA POLA MARCOS. ENFERMERO/A. USM CALATAYUD. PSICOLOGIA CLINICA
• LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. USM CALATAYUD. PSICOLOGIA CLINICA
• SANZ GALLEGO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM CALATAYUD. PSICOLOGIA CLINICA
• LAHOZ CABALLERO ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM CALATAYUD. PSICOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La alta demanda de pacientes a consulta de psicología clínica de la Unidad de Salud Mental de adultos, motiva la implantación de intervenciones grupales. Estas intervenciones permiten unan mayor frecuencia de asistencia de los pacientes, mejorando el seguimiento de los tratamientos propuestos. En comparación con el tratamiento psicológico individual ofrece una serie de ventajas como la mayor eficacia y eficiencia y el apoyo social recibido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Las intervenciones grupales que se van a llevar a cabo van dirigidas a pacientes que acuden a la Unidad de Salud mental de adultos y que presentan:

- Dolor crónico
- Inestabilidad emocional y sintomatología ansioso-depresiva

Los objetivos son los siguientes:

- Reducción de la sintomatología mostrada por los pacientes
- Adquisición de habilidades de comunicación interpersonal
- Aprendizaje de estrategias para el manejo emocional
- Incremento de la red social del paciente y de la calidad de las relaciones
- Funcionalidad social y laboral

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Intervenciones grupales.

- Estas intervenciones se ofrecen a los pacientes que cumplen criterios y son susceptibles de beneficiarse de una psicoterapia intensiva.
- Si los pacientes aceptan la intervención son incluidos en la lista de espera elaborada para tal fin, que se encuentra disponible en los archivos compartidos por los profesionales de adultos de la Unidad.
- La selección de los pacientes se realiza por orden de registro y siempre priorizando a pacientes más graves.
- Se realiza una llamada telefónica a los pacientes para la confirmación de la asistencia a la fecha de inicio de la intervención.
- Durante el período que comprende la intervención grupal, estos pacientes no son citados en consulta individual de psicología clínica, excepto en casos en los que deban ser atendidos de forma urgente.
- Se realiza una evaluación pre tratamiento de indicadores sobre los que se quiere incidir y modificar, y una evaluación post tratamiento de los mismos indicadores que nos muestren la eficacia de la intervención llevada a cabo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará una evaluación pre tratamiento grupal de los síntomas presentes y variables a modificar. Del mismo modo, se realizará una evaluación post tratamiento para valorar los logros conseguidos y la eficacia del tratamiento en cada paciente. Los instrumentos son los siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (A. T. Beck, R. A. Steer y G.K. Brown, 2011).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS) (Carrobbles et. al. 1986).
- Cuestionario de Salud SF-12.
- Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) (B. Sandín y P. Charot, 2003).
- Cuestionario de satisfacción con la vida. (LISAT-8).

Específico de grupo de dolor crónico:

- Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico.

Específico de grupo para trastornos emocionales:

- Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark (1988).
- Inventario de Personalidad para el DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Las actividades están programadas para el año 2019. Se realizarán los martes de 13 horas a 14.30 horas dirigidas por la psicóloga clínica. Cada grupo tendrá una frecuencia quincenal.

Proyecto: 2019_0449 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE INTERVENCION PSICOLOGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRONICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Las sesiones del grupo de dolor crónico son las siguientes:

1. Presentación del grupo y objetivos de la intervención
2. Psicoeducación dolor crónico
3. Tratamiento del dolor crónico
4. Incremento de la actividad física
5. Autocontrol
6. Comunicación

Las sesiones del grupo para trastornos emocionales, y los objetivos de cada una de ellas, son las siguientes:

1. ¿Qué son los trastornos emocionales?
2. Presentación del programa
3. Aprender a registrar las experiencias
4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos
5. Entender tus emociones.
6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales.
7. Aprender a observar las emociones y las reacciones de las emociones
8. Entender los pensamientos.
9. Entender las conductas I.
10. Entender las conductas II
11. Entender y afrontar las sensaciones físicas
12. Ponerlo en práctica: Afrontar las emociones en las situaciones en las que ocurran
13. Medicación para la depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales

Objetivos:

14. Pasos a seguir a partir de ahora: Reconocer los logros y mirar al futuro

9. RECURSOS NECESARIOS.

Sala de grupos. Equipada con recursos audiovisuales y colchonetas. Esta sala ha sido reservada y confirmada la disponibilidad para llevar a cabo el proyecto.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

2. RESPONSABLE CRISTINA ABAD BOUZAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro USM CALATAYUD
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DELGADO MIGUEL MARIA PILAR. PSICOLOGO/A CLINICO. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
• MARCO GOMEZ BARBARA MARIA. MEDICO/A. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
• CEBOLLA POLA MARCOS. ENFERMERO/A. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
• LAHOZ PEREZ ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
• GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ a partir de ahora), se inauguró en junio de 2018, atendiendo de forma multidisciplinaria (psicología, enfermería especializada y psiquiatría) a la población con problemas de salud mental en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años incluidos. A pesar de la reciente apertura de la unidad, hemos comenzado a experimentar la necesidad de realizar el traslado de pacientes con problemas de salud mental a la unidad de adultos, al cumplir la mayoría de edad y existir la necesidad de prorrogar el tratamiento y seguimientos especializados. La coordinación entre ambos equipos, traspaso de información, objetivos de tratamiento planteados con los pacientes y sus familias, e incluso una primera entrevista conjunta para la presentación del nuevo profesional/es de referencia, redundaría no solo en la calidad asistencial prestada, sino en la agilidad y posiblemente en la facilitación de una buena adherencia terapéutica especialmente complicada debido a la idiosincrasia de esta población

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Garantizar una correcta continuidad de atención y cuidados para aquellos pacientes que continúen el seguimiento en la USM de adultos.
- Agilizar el traspaso de información relevante en la derivación de casos mediante la reunión multidisciplinaria con profesionales de ambos recursos.
- Coordinación de las líneas de tratamiento a seguir entre los distintos profesionales que atiendan a los pacientes.
- Favorecer la adecuada adherencia terapéutica minimizando los casos de trastorno mental sin seguimiento o tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1) Los profesionales de la USMIJ, generarán un listado de pacientes que vayan a cumplir la mayoría de edad a lo largo del año en curso, marcando la fecha en la que tendrán la última consulta programada con cualquiera de los miembros del recurso.
- 2) Llegada la cita de la última revisión, se informará al paciente (y familiares en su caso) del cambio de unidad, realizando el proceso de consentimiento informado que permita exponer los datos relevantes del caso clínico (diagnóstico, valoración psicométrica, tratamientos ensayados, evolución del paciente...) a los nuevos de profesionales del equipo de adultos.
- 3) Este proceso de consentimiento, así como el resumen clínico de la evolución del paciente, quedarán reflejados en la Historia Clínica Electrónica con acceso también a los profesionales de atención primaria de referencia, en forma de "Informe de Derivación" *.
- 4) De forma mensual, en dependencia del número de casos a derivar, se acordará una reunión entre ambas unidades en la que se presentará el caso y se determinará el nuevo profesional asignado, prioridad de la cita, fecha de la consulta y emisión de la misma por parte de la secretaria de la USM.
- 5) Llegado el día de la primera consulta, el profesional responsable o referente de la USM IJ realizará el acompañamiento físico y presentación al nuevo terapeuta, que procederá a la entrevista de acogida, favoreciendo así la adherencia y continuidad en el tratamiento y los cuidados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Revisión trimestral de casos e Historias Clínicas en la que se determine:

-Nº de pacientes procedentes de USMIJ con informe de derivación*/ Nº total de pacientes derivados procedentes de Infanto-Juvenil

Proyecto: 2019_0103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

Se estimará un grado de cumplimiento si se supera el 85% como límite superior. Se aplicará un 70% como límite inferior.

-También se realizará la estimación anual del total de pacientes que cumplen la mayoría de edad y los que hayan sido derivados a la Unidad de adultos;
Nº de pacientes en seguimiento derivados a USM adultos a los 18 años / nº total de pacientes en seguimiento en USMIJ que hayan cumplido los 18 años

- Registro del motivo por el que, si se da el caso, los pacientes no continúen el seguimiento especializado en la USM de adultos: alta médica, abandono, derivación a otro recurso especializado. Nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM que mantienen asistencia al recurso tras 6 meses de la derivación/nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM.

-Cuestionario de satisfacción en la derivación para pacientes y sus familias.

-Valoración de la utilidad del acompañamiento por parte de los profesionales que derivan y que lo reciben: escala Likert.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Diciembre 2018: Elaboración del plan de continuidad entre unidades.

Enero 2019: Registro de los pacientes que cumplan mayoría de edad en 2019 (se irá actualizando de forma continua conforme se reciban nuevos pacientes).

Febrero-noviembre 2019: Implementación del Plan de calidad (Consentimiento, realización del Informe de derivación, reuniones de coordinación entre equipos, entrevista de despedida, presentación y acogida por parte de la nueva unidad)

Diciembre 2019: Cálculo de indicadores y cuestionarios, evaluación del plan y del cumplimiento de objetivos

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Humanos: Facultativos especialistas de Psiquiatría y Psicología Clínica de USM. Profesionales de enfermería. Trabajadora Social. Personal administrativo

- Materiales: Ya existentes en la USM.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adolescentes/jóvenes

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

2. RESPONSABLE MARTA COMPES DEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· FUNES NAVARRO EMMANUEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PARDO HERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· CLAUVERO CHUECA DIANA. PEDIATRA. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· ROYO VILLA ALBERTO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una persona sana es la que goza de un bienestar general, físico, psíquico y social y es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan o benefician la salud, concepto que actualmente se conoce como "estilo de vida saludable".

Educar a los niños y niñas en hábitos saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo.

Para introducir nuevos valores y que los niños y niñas adquieran hábitos saludables duraderos que influyan en su bienestar y calidad de vida será conveniente que toda la comunidad tanto educativa, sanitaria como familiar aúnen esfuerzos en este aspecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Dotar de conocimientos y habilidades básicas sobre los cuidados de la salud a los alumnos de los centros educativos de nuestra zona básica de Salud.

Implicar a los centros de educación y a las familias en la formación y adquisición de hábitos saludables.

Aplicar el trabajo de prevención y promoción de la salud que se realiza en nuestro equipo de atención primaria a los miembros de la comunidad educativa de nuestra zona.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los encargados del proyecto nos acercaremos a los centros educativos para informar sobre el proyecto y la organización del mismo.

Haremos actividades lúdicas- formativas a cerca de los cuidados de la salud según grupos de edad.

Educación Infantil. Alumnos de 1º, 2º y 3º. Cuenta cuentos. El doctor Guau.

Educación Primaria: alumnos de 1º, 2º y 3º. Dinámica sobre la pirámide de los alimentos.

Educación Primaria: alumnos de 4º, 5º y 6º. Elaboración de una planificación de actividades semanales sobre alimentación, higiene, ejercicio físico, descanso y ocio.

Serán grupos de máximo 30 alumnos.

Ofertaremos a todos los centros las 3 actividades, ellos elegirán, una, dos o las tres dependiendo de las características particulares de los centros. Debemos recordar que el centro escolar con más alumnos es el de Alhama de Aragón, referente para la propuesta y organización del proyecto.

Estas dinámicas se llevarán a cabo durante el tercer trimestre del curso escolar 2018-2019.

Al finalizar los talleres con los grupos elaboraremos un díptico dirigido a las familias, para dar a conocer nuestra actividad y que continúen con la formación en hábitos saludables desde el hogar ya que los niños aprenden lo que viven. También entregaremos la guía Come sano y muévete: 12 decisiones saludables, que forma parte de la estrategia Naos, que es un programa desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, para promocionar una alimentación saludable, la práctica habitual de actividad física y deporte, y prevenir la obesidad, especialmente entre niños y jóvenes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: número de sesiones impartidas en los centros educativos. Valor a alcanzar 5. Valor máximo 15.

Indicador 2: realizar la actividad como mínimo en 3 de los 5 centros educativos, CEIP Alhama de Aragón, CEIP Nuévalos, CEIP Jaraba, CEIP Ibdes y CEIP Cetina.

Indicador 3: porcentaje de satisfacción de los participantes que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Meses de abril, mayo y junio de 2019.

Las fechas de las actividades se concretarán con cada centro educativo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de papelería y copistería para los talleres y el díptico.

Recursos humanos. Integrantes del equipo de mejora.

Solicitaremos colaboración al SARES para la distribución de la guía Naos.

Proyecto: 2019_0206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

10. OBSERVACIONES.

Nuestro proyecto va destinado a alumnos de educación primaria que continúan la educación secundaria en Ateca, en el IES " Zaurín".

Diana, la pediatra, trabaja en los centros de salud de Ariza, Alhama y Ateca. Forma parte del equipo de atención comunitaria de Alhama y Ateca.

Es el momento de formar redes a través de ella para dar continuidad a esta iniciativa, ya que en Ateca llevan trabajando varios años con el IES sobre la misma temática.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de estilos de vida saludables.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

2. RESPONSABLE MARTA COMPES DEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· FUNES NAVARRO EMMANUEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PARDO HERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERO CHUECA DIANA. PEDIATRA. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· ROYO VILLA ALBERTO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Una persona sana es la que goza de un bienestar general, físico, psíquico y social y es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan o benefician la salud, concepto que actualmente se conoce como "estilo de vida saludable". Educar a los niños y niñas en hábitos saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo. Para introducir nuevos valores y que los niños y niñas adquieran hábitos saludables duraderos que influyan en su bienestar y calidad de vida será conveniente que toda la comunidad tanto educativa, sanitaria como familiar aúnen esfuerzos en este aspecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Dotar de conocimientos y habilidades básicas sobre los cuidados de la salud a los alumnos de los centros educativos de nuestra zona básica de Salud. 2. Implicar a los centros de educación y a las familias en la formación y adquisición de hábitos saludables.
3. Acercar el trabajo de prevención y promoción de la salud que se realiza en nuestro equipo de atención primaria a los miembros de la comunidad educativa de nuestra zona.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los encargados del proyecto nos acercaremos a los centros educativos para informar sobre el proyecto y la organización del mismo.
Haremos actividades lúdicas- formativas a cerca de los cuidados de la salud según grupos de edad.
-Educación Infantil. Alumnos de 1º, 2º y 3º. Cuenta cuentos. El doctor Guau. -Educación Primaria: alumnos de 1º, 2º y 3º. Dinámica sobre la pirámide de los alimentos.
- Educación Primaria: alumnos de 4º, 5º y 6º. Elaboración de una planificación de actividades semanales sobre alimentación, higiene, ejercicio físico, descanso y ocio.
Serán grupos de máximo 30 alumnos.
Ofertaremos a todos los centros las 3 actividades, ellos elegirán, una, dos o las tres dependiendo de las características particulares de los centros. Debemos recordar que el centro escolar con más alumnos es el de Alhama de Aragón, referente para la propuesta y organización del proyecto.
Estas dinámicas se llevarán a cabo durante el tercer trimestre del curso escolar 2018-2019. Al finalizar los talleres con los grupos elaboraremos un díptico dirigido a las familias, para dar a conocer nuestra actividad y que continúen con la formación en hábitos saludables desde el hogar ya que los niños aprenden lo que viven.
También entregaremos documentación:
- La guía Come sano y muévete: 12 decisiones saludables, que forma parte de la estrategia NAOS, que es un programa desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, para promocionar una alimentación saludable, la práctica habitual de actividad física y deporte, y prevenir la obesidad, especialmente entre niños y jóvenes. Una Guía por familia.
- Folletos del programa Come bien, vivirás mejor. A cada participante según grupos de edades. De 3 a 5 años. De 6 a 12 años.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N° 1:

Definición: Número de sesiones impartidas en los centros educativos.

Fórmula: número de sesiones impartidas en los centros educativos/número de sesiones máximas posibles. (3*5= 15) x 100

Valor a alcanzar: mínimo 33% y máximo 100%

Indicador N° 2:

Definición: Número de centros de educación infantil y primaria de nuestra Zona Básica de Salud que han recibido la actividad.

Proyecto: 2019_1268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Fórmula: número de CEIP en los que se ha impartido la actividad/número total de CEIP de nuestra ZBS *100

Valor a alcanzar: mínimo 60% y máximo 100%.

Indicador N° 3.

Definición: Porcentaje de satisfacción de los participantes, que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico. Cada participante responderá a la siguiente pregunta con un pictograma.

Sol, si la respuesta es positiva.

Nubes sin lluvia o con sol, si la respuesta no es ni positiva ni negativa.

Nubes con tormenta y lluvia, si la respuesta es negativa.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?

Fórmula:

número de soles/número de participantes *100

número de nubes/ número de participantes *100

número de tormenta/ número de participantes *100

Valor a alcanzar: 50% de soles.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Meses de abril, mayo y junio de 2019. Las fechas de las actividades se concretarán con cada centro educativo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material de papelería y copistería para los talleres y el díptico. Recursos humanos. Integrantes del equipo de mejora. Solicitaremos colaboración al SARES para la distribución de la guía naos, carteles y folletos del programa come bien, vivirás mejor. Unidad de Calidad · Servicio Aragonés de Salud (calidadensalud@aragon.es)

10. OBSERVACIONES.

1. Nuestro proyecto va destinado a alumnos de educación primaria que continúan la educación secundaria en Ateca, en el IES " Zaurín". Diana, la pediatra, trabaja en los centros de salud de Ariza, Alhama y Ateca. Forma parte del equipo de atención comunitaria de Alhama y Ateca. Es el momento de formar redes a través de ella para dar continuidad a esta iniciativa, ya que en Ateca llevan trabajando varios años con el IES sobre la misma temática.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN RCP E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GALDIANO RODRIGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARIZA
- Localidad ARIZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- LOPEZ VELA LUCIA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El equipamiento en la sala de urgencias debe reunir unos mínimos de contenidos, basados en las recomendaciones de expertos. Es fundamental disponer de un carro de paradas bien equipado y organizado, así como balas de oxígeno en adecuado funcionamiento. En situaciones urgentes pueden derivarse errores debidos a la falta de organización.

La comprobación del buen funcionamiento, reposición de materiales y medicamentos exige del EAP un compromiso de participación activa y constante formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implantar el protocolo "PROTOCOLO DE GESTIÓN Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS DE LOS EAP DEL SECTOR DE CALATAYUD"
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín, carro de paradas y balas de oxígeno.
- Establecer un criterio de designación de la urgencia al profesional, en documento explícito y conocido por todos, para evitar demoras.
- Mantener habilidades técnicas profesionales en atención urgente y RCP
- Mejorar la eficiencia del uso del sistema, mediante el uso racional de la atención por parte de la población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Impartir sesiones clínicas formativas en urgencias y RCP a nivel interno en el C. de S. de Ariza.
- Colocación en lugares estratégicos algoritmos sobre atención de patología urgente.
- Implantar el protocolo "Protocolo de gestión y control del carro de paradas y maletín de urgencias de los EAP del sector de Calatayud"
- Diseñar material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de Atención Continuada / Urgencia Extrahospitalarias.

5. INDICADORES Y EVALUACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N° 1: Sesiones clínicas formativas

Definición: Porcentaje de profesionales que han participado en formación de patología urgente y RCP

Numerador: N° de profesionales que han asistido a las sesiones

Denominador: N° total de profesionales del equipo

Valor a alcanzar: 80%.

Fuente de datos: Actas de sesiones clínicas

Indicador N° 2: Evaluación de la implantación del protocolo

1. Revisión de medicamentos y productos sanitarios del carro de paradas. 100%

- Revisión del stock mínimo. 100%
- Revisión de los fármacos que debe contener. 100%

2. Revisión de medicamentos y productos sanitarios del maletín de urgencias. 100%

- Revisión del stock mínimo. 100%
- Revisión de los fármacos que debe contener. 100%

3. Revisión de caducidades de medicamentos y material de carro de paradas. 100%

4. Revisión de caducidades de medicamentos y material de maletines de urgencias. 100%

5. Implementación del registro de incidencias. 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril- Diciembre 2019

- Sesiones clínicas formativas
- Implementación de registros (registros de incidencias, de caducidades, rotura de stock)
- Elaboración de documentos de divulgación de uso adecuado del servicio de urgencias
- Registro de las Actividades
- Diciembre 2019: evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

Proyecto: 2019_1416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN RCP E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS

9. RECURSOS NECESARIOS.

Los recursos materiales ya están disponibles

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. toda la patología urgente en el CS y a domicilio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2018

2. RESPONSABLE IRENE GLORIA DIEZ GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ VELA LUCIA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GALDIANO RODRIGUEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) en población general española varía entre el 4,5-8,5% según las series; de la que el 3,83- 24,5% es silente y 6-29,3% se puede presentar como claudicación intermitente. Además de aumentarse la prevalencia con la edad y ser más frecuente en varones, se consideran factores de riesgo demostrados, el tabaco, la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipemia. Existe una relación directa entre diabetes mellitus y EAP. La prevalencia de EAP estimada por ITB en pacientes diabéticos, se estima en un 8% en el momento del diagnóstico de la diabetes, y alcanza el 45% tras 20 años de evolución según Orchard, et al. Por cada incremento del 1% en la hemoglobina glicosilada se incrementa un 21% el riesgo de Arteriopatía periférica extremidades inferiores.

La medición del índice tobillo-brazo es el test no invasivo por excelencia y más asequible desde Atención Primaria para el diagnóstico de la EAP. Se calcula dividiendo la PA sistólica mayor a nivel del tobillo por la PA sistólica mayor a nivel del brazo medidos con Doppler. Presenta una sensibilidad y especificidad para detectar una estenosis grave (superior al 50%) del 79% y 90% respectivamente (Piepoli MF, 2016).

El diagnóstico precoz mediante la medición del ITB supone la posibilidad de actuar de forma temprana sobre los factores de riesgo, cuando paciente aún está asintomático y evitar el primer evento cardiovascular. La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en pacientes con EAP (40-60%). El aumento del riesgo de eventos cardiovasculares está relacionado con la severidad de la EAP.

La prevalencia de la EAP es mayor que la percibida por los profesionales sanitarios ya que es un patología de difícil diagnóstico por ser de presentación mayoritariamente asintomática. Además la EAP tiene importantes repercusiones, tanto clínicas como sociales y económicas, lo que la convierte en un importante problema de salud. Los sujetos con EAP presentan una peor funcionalidad y calidad de vida, incluso los pacientes asintomáticos.

En enero de 2018 comenzamos con el proyecto de medición del índice tobillo-brazo en el paciente diabético en el Centro de Salud de Ariza. Dados los datos expuestos anteriormente, consideramos necesario la continuación del proyecto y mejorar la cobertura de la prueba.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar la cobertura de la medición del índice tobillo-brazo en los pacientes diabéticos que no tienen realizada la exploración para detección precoz de la enfermedad
- Informar a pacientes diabéticos con EAP asintomática y sintomática sobre control de sus factores de riesgo cardiovascular y autocuidado.
- Mejorar la calidad de vida del paciente diabético

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realización de una captación activa por parte de medicina y enfermería revisando listados de pacientes diabéticos a los que tenemos acceso (manejo del cuadro de mandos de diabetes). Aprovechar consultas rutinarias y revisiones para citar a paciente para la realización de la prueba.
- Se realizará la exploración del pie diabético con uso de Eco-doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI-AP.
- Educación sanitaria a cada paciente sobre el autocuidado de los pies en el paciente diabético y control de sus factores de riesgo cardiovascular.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Número de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB y a los que se le realiza esta medición.
Numerador: Número de pacientes diabéticos con ITB realizado
Denominador: Número total de pacientes diabéticos

Proyecto: 2019_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE 2018

2- Prevalencia de la EAP en los pacientes diabéticos explorados en nuestra zona de salud
Numerador: Número total de pacientes diabéticos con EAP
Denominador: Número total de pacientes diabéticos

3- Número de pacientes diabéticos con ITB realizado sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y autocuidado.
Numerador: Número de pacientes diabéticos con ITB realizado sobre los que se realiza intervención
Denominador: Número de paciente diabéticos con ITB realizado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto es continuación del iniciado en 2018, que se inició en el segundo trimestre del 2018 y finalizaría a finales de diciembre del 2019

Con carácter trimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disposición de Eco-doppler en la consulta programada de enfermería.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_1468 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

2. RESPONSABLE ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARIZA
- Localidad ARIZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- DIEZ GIMENO IRENE GLORIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- CLAVERO CHUECA DIANA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- MOLERO TIRADO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARIZA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Centro de Salud de Ariza no dispone de un manual de acogida para profesionales de nueva incorporación. La información de las condiciones de trabajo, derechos y deberes de los empleados es un derecho del trabajador que debe estar contemplado en un documento que pueda ser entregado en el momento de la incorporación. Este documento facilitará el trabajo de los profesionales y contribuirá a mejorar el grado de satisfacción del profesional dentro del equipo del centro de salud de Ariza. Todo ello repercutirá en el servicio prestado a los usuarios del centro de salud y a la calidad de la asistencia sanitaria hacia nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo del proyecto es crear un manual de acogida para nuevas incorporaciones a nuestro centro de salud, que pueda ser entregado en los primeros días de esta incorporación y que este revisado y consensado por todo el Equipo de Atención primaria del Centro de Salud de Ariza

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizará una primera reunión de equipo para determinar los puntos mas importantes que deben figurar en nuestro manual de acogida y como debería desarrollarse el mismo
A lo largo del año se realizaran revisiones del borrador de manual de acogida para incorporar nuevas ideas o mejoras y obtener el consenso de todo el equipo de atención primaria.
Tendrá lugar una ultima reunión para lectura del manual de acogida definitivo y aprobación del mismo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Realización del manual de acogida

Si: logro del objetivo 100%

No: no se consigue el objetivo 0%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El inicio del trabajo de creación del manual de acogida será en el primer trimestre del 2019 y finalizara antes de final del año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Salas de reunion

Soporte grafico, conexion internet

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO DIAGNOSTICO Y CRIBADO DE E.P.O.C. Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

2. RESPONSABLE CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ARIZA
- Localidad ARIZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOLERO TIRADO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARIZA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- DIEZ GIMENO IRENE GLORIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

1.- MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE E.P.O.C. HACIÉNDO ESPECIAL HINCAPIÉ EN EL PACIENTE FUMADOR Y SIRVIÉNDO DE PUERTA DE ENTRADA LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO ES LA EXPOSICIÓN Y/O INHALACIÓN DEL HUMO DEL TABACO, INCLUIDA EXPOSICIÓN PASIVA.

2.- LA MORTALIDAD GLOBAL EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DEPENDE SOBRE TODO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. EL INFRADIAGNÓSTICO, INFRATRAMIENTO Y FALTA DE CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL, OCASIONA QUE UN GRAN PORCENTAJE DE PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NO SOLICITE ATENCIÓN MÉDICA Y NO INTENTE DEJAR DE FUMAR, ES POR ELLO QUE NO ACUDEN HASTA QUE NO ES CLÍNICAMENTE EVIDENTE Y AVANZADO SU ESTADO, PUESTO QUE RELACIONAN TOS, DISNEA, EXPECTORACIÓN CON EL TABACO Y NO CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA "E.P.O.C".

3.- INCLUSIÓN EN LÍNEAS ASISTENCIALES EN EL A.G.C.2019.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1.- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE E.P.O.C. MEJORA DE DATOS.

2.- EDUCAR AL PACIENTE EN E.P.O.C. Y CONCIENCIAR EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO: (DERIVACIÓN A CONSULTA MÉDICA, SI PRECISA: CONSULTA ANTITABÁQUICA).

3.- MEJORAR EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD: REGISTRO EN O.M.I. DE PLANES PERSONALES E.P.O.C.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- APERTURA DE AGENDA: SALAS/ESPIROMETRÍAS JUEVES A LAS 10:00H., TAMBIÉN DIRECTAMENTE PROGRAMANDO CON EL RESPONSABLE. (TENER EN CUENTA. DURACIÓN DE LA PRUEBA : 40 MIN Y QUE SOLO HAY UNA BOQUILLA DE ESPIRÓMETRO Y HAY QUE ESTERILIZARLA).

2.- CITACIONES DESDE ADMISIÓN: DÓNDE SE ENTREGA HOJA DE PREPARACIÓN (PLANTILLA O.M.I.) Y DESDE CUALQUIER PROFESIONAL MÉDICO/ENFERMERÍA.

3.- HOJA INTERCONSULTA CON D.G.P.: PESO, TALLA, PERÍMETRO ABDOMINAL, TENSIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, SATURACIÓN O₂ %, GLUCEMIA BASAL. SE APROVECHA VISITA PARA CUMPLIMENTACIÓN DE PLANES PERSONALES QUE FALTÁN, YA QUE LA MAYORÍA SON CRÓNICOS.

4.- REGISTRO EN O.M.I. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: ESPIROMETRÍA, ECG, TOMA DE CONSTANTES, REVISIÓN CALENDARIO VACUNAL...

5.- CREACIÓN ARCHIVADOR: EXÁMENES ESPIROMÉTRICOS PARA EVALUACIONES POSTERIORES.

6.- PREPARACIÓN DOSSIER QUE SE ENTREGA EN EL CASILLERO DE CADA MÉDICO: CONSTA DE FOTOCOPIA DE ESPIROMETRÍA INFORMADA, RESALTANDO PUNTOS CLAVE, PARA GUARDAR EN HISTORIA DE PAPEL Ó PARA DERIVACIÓN POSTERIOR SI PROCEDA, MAS VOLANTE DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO E.C.G. (SACADO A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES DE O.M.I. CON E.C.G. REALIZADO CON CONSTANTES ANOTADAS PARA CUMPLIMENTACION DE INFORMES CORRESPONDIENTES.

7.- REGISTRO EN O.M.I. DE INFORME DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS PARA CUMPLIMENTACIÓN DE OBJETIVOS A.G.C.

8.- REALIZACIÓN DE 3 SESIONES FORMATIVAS CON LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA).

- A) INTERPRETACIÓN DE CURVAS Y RESULTADOS.
- B) REGISTRO INFORME DE ESPIROMETRÍA EN O.M.I. Y MANEJO DE BASE DE DATOS DE ESPIRÓMETRO.
- C) TALLER PRÁCTICO REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA CON CRITERIOS DE CALIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_1469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO DIAGNOSTICO Y CRIBADO DE E.P.O.C. Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

1.- NÚMERO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS. (01/01/19-31/01/20).
2.- NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POSITIVOS.
3.- NÚMERO DE CASOS CONTROL.PATOLOGÍAS PREVIAS.
4.- N° DE DERIVACIONES A CONSULTA MÉDICA ANTITABÁCO.
5.- ESTRATIFICACIÓN HALLAZGOS: HOMBRES/MUJERES.
FUMADORES/NO FUMADORES; EPOC;
PATRONES OBSTRUCTIVOS:LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRONES RESTRICTIVOS: LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRÓNES MIXTOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOGRAMA PREVISTO: SE LLEVA REALIZANDO DESDE 01/01/2019 Y LA FECHA FINAL PREVISTA SERÁ 01/02/2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.
TENER ESPIRÓMETRO ADECUADAMENTE CALIBRADO EN EL CENTRO
CONSULTASPROGRAMADAS DE ENFERMERÍA

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE.GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

2. RESPONSABLE CORINA MARIA JILAVEANU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LOPEZ VELA LUCIA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CLAVERO CHUECA DIANA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· GALDIANO RODRIGUEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BEDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

1.- MEJORA DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE PROCEDIMIENTO DE CALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE INCIDENCIAS, NO CONFORMIDADES, RECLAMACIONES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. ES RESPONSABILIDAD DE TODO EL PERSONAL DEL EAP DETECTAR CUALQUIER DESVIACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO EN SGC. (SEGURIDAD CLÍNICA) UNA VEZ DETECTADAS ÉSTAS SE REGISTRARÁN EN FORMATO [PG-01-1_CA(P)E-AR-19-XXX].

2.- DESCRIPCIÓN, ESTUDIO Y VALORACIÓN DE LAS CAUSAS QUE HAN OROGINADO EL RIESGO.

3.- CLASIFICACIÓN DEL MISMO: LOCALIZACIÓN, TIPO.

4.- TIPO DE ACCIÓN EMPRENDIDA PARA EVITAR LA REPETICIÓN DEL MISMO Y PREVENIR QUE VUELVAN A APARECER LAS CAUSAS QUE LO ORIGINARON.

5.- SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDA ADOPTADAS, TRAZABILIDAD DE TODO EL PROCESO.

6.- EVALUACIÓN, CIERRE DE HOJA DE REGISTRO Ó EVOLUCIÓN HACIA NO CONFORMIDAD.

7.- INCLUSIÓN EN LÍNEAS ASISTENCIALES EN EL A.G.C. 2019.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1.- IDENTIFICAR, ANALIZAR Y GESTIONAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA.

2.- TRANSMITIR A EQUIPO QUE REGISTRAR DESVIACIONES DENTRO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD, SON OPORTUNIDADES DE MEJORA, NO MEDIDAS FISCALIZADORAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

3 SESIONES CLÍNICAS A EQUIPO:

A) ABRIL. EXPOSICIÓN A EQUIPO DE SISTEMA DE REGISTRO DE DESVIACIONES-RIESGOS. HOJAS DE REGISTRO. GESTIÓN DEL RIESGO. ADMISIÓN: ADMINISTRATIVO DEL CENTRO TENDRA HOJAS DE REGISTRO Y RESOLVERÁ DUDAS QUE PUEDAN SURGIR EN CUMPLIMENTACIÓN Ó EN CASO CONTRARIO PONDRA EN CONOCIMIENTO DEL RESPONSABLE DE CALIDAD.

B) MAYO: INTRODUCCIÓN A EQUIPO EN PROCESOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. PLATAFORMA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS Y ORGANIZATIVOS. COMENTARIOS ACERCA DE PLATAFORMA (SINASP) SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

C) DICIEMBRE. ELABORACION DE CONCLUSIONES, MEMORIA Y EXPOSICIÓN A EQUIPO DE RESULTADOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE HAN SIDO ANALIZADOS Y SE HA IDENTIFICADO UNA ACCIÓN DE MEJORA.

2.- NUMERADOR: NÚMERO DE INCIDENTES EN LOS QUE SE HA IDENTIFICADO UNA ACCIÓN DE MEJORA.

3.- DENOMINADOR: NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES NOTIFICADOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

CRONOGRAMA PREVISTO: SE LLEVA REALIZANDO DESDE 01/01/2019 Y LA FECHA FINAL PREVISTA SERÁ 31/12/2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE.GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

10. OBSERVACIONES.

1.- ELABORACIÓN DE MEMORIA DE RIESGOS DETECTADOS, TIPOS Y ACCIONES DE MEJORA EMPRENDIDAS: INMEDIATAS, CORRECTIVAS, PREVENTIVAS. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE EFICACIA DE ACCIONES EMPRENDIDAS. RECOMENDACIONES.

1.- NOTA ACLARATORIA: SE INFORMA DE QUE LOS PROCESOS DE CALIDAD NO SON VÁLIDOS PARA DIRIMIR DIFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES,

ENFOQUE PRINCIPAL: ACERCAR A EQUIPO PRINCIPIOS DE LA NORMATIVA DE PROCESOS DE CALIDAD ISO-9001.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. AUMENTO DE LA EFICIENCIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS, EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

2. RESPONSABLE ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· MOLERO TIRADO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARIZA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DIEZ GIMENO IRENE GLORIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA FASE PREANALÍTICA TRANSCURRE DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA PETICIÓN HASTA QUE LA MUESTRA LLEGA AL LABORATORIO Y COMIENZA LA FASE ANALÍTICA, IMPLICANDO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO AL NO SANITARIO. CUALQUIER ERROR QUE SE PRODUZCA EN ESTA FASE PUEDE SUPONER UN RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y/O EL TRATAMIENTO, INCLUSO LA REPETICIÓN DE UNA PRUEBA MÁS O MENOS INVASIVA PARA EL PACIENTE. PARA PREVENIR CUALQUIER ERROR EN ESTA FASE O MINIMIZAR SUS EFECTOS, SE HACE NECESARIO CONOCER CADA PASO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL Y ESTANDARIZAR LAS DISTINTAS ACTUACIONES QUE SE LLEVAN A CABO EN LA MISMA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ESTANDARIZACIÓN DE LAS DISTINTAS ACCIONES DENTRO DE LA FASE PREANALÍTICA.

REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE ERRORES EN CADA UNO DE LOS PASOS, SIENDO LA POBLACIÓN DIANA EL CONJUNTO DE PACIENTES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO ANALÍTICO.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO EL RESTO DEL PERSONAL EN ESTA FASE, ASÍ COMO SU ORGANIZACIÓN.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, ASÍ COMO LAS PRUEBAS QUE SE EFECTÚAN EN OTROS LABORATORIOS Y LAS EXTRACCIONES Y TOMA DE MUESTRAS QUE DEBEN REALIZARSE EN EL HOSPITAL.

OPTIMIZACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS PREANALÍTICOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ELABORACIÓN DE UNA BASE DE DATOS QUE FACILITE A TODO EL PERSONAL EL CONOCIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, LAS PRUEBAS QUE SE REMITEN A OTROS LABORATORIOS, LAS PRUEBAS QUE DEBEN REALIZARSE OBLIGATORIAMENTE EN EL HOSPITAL, ASÍ COMO LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y LOS TUBOS Y RECIPIENTES ADECUADOS PARA CADA PRUEBA, UTILIZANDO PARA ELLO LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y PUBLICADA O REMITIDA POR EL LABORATORIO DE REFERENCIA.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE LA FASE PREANALÍTICA.

ADOPCIÓN DE ACUERDOS Y CONSENSOS EN EL EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador N° 1: Incidencias en la fase preanalítica, extracción y recogida de muestras
Definición: Número de incidencias de la fase preanalítica, extracciones y recogida de muestras.
Fórmula: Número de incidencias / Número total de analíticas y muestras recogidas
Valor a alcanzar: Disminuir en un 10% el número de incidencias con respecto al año anterior
Límite inferior:
Fuente de datos: Informe de incidencias remitido por el laboratorio de referencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de base de datos en el primer trimestre del año 2019.
Sesión clínica en abril de 2019.
Evaluación y comunicación de resultados en diciembre de 2019.
Elaboración de memoria anual en diciembre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.
DOCUMENTACIÓN ELABORADA POR EL LABORATORIO DE REFERENCIA
CONTACTO TELEFÓNICO CON EL LABORATORIO DE REFERENCIA.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS, EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACION

2. RESPONSABLE CESAR BENDICHO ROJO
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro CS ARIZA
 - Localidad ARIZA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
 - LOPEZ MARTIN CALOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
 - HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
 - JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
 - DIEZ GIMENO IRENE GLORIA. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
 - ESTERAS HENAR PILAR. MAESTRO/A. CS ARIZA. EDUCACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las normas de convivencia se han ido perdiendo por diversos motivos, la implementación de las mismas ha sido la necesidad sentida y elegida por el claustro para trabajar con los niños dentro del programa de actuación en EPS Comunitaria, que desde hace tres años venimos realizando el CRA Puerta de Aragón y el CS de Ariza.

En salud, entendemos que la autonomía de la persona es un objetivo fundamental que debe trabajarse desde la edad más temprana. La gran oferta de información a la que tenemos acceso abarca cualquier necesidad sentida o impuesta (todo está en la red). Pecamos de ingenuos o cínicos, cuando basamos la EPS en campañas unidireccionales de trasmisión de conocimientos. Lo importante es como y donde conseguir la información adecuada, como determinar por si solos la validez y pertinencia de la misma y en virtud de las mismas ser capaces de elegir rectificando tantas veces como sea necesario.

El tema propuesto desde el Centro escolar nos sirve de excusa para lo que consideramos vital, potenciar la capacidad de elección, el respeto y la colaboración solidaria, para ello utilizamos metodologías participativas y técnicas deliberativas. Podemos afirmar sin lugar a dudas, en este caso y con la metodología utilizada, que lo importante es, más que la meta, (usar las convenciones sociales), el camino (ser conscientes de lo que representan y ser capaces de interpretarlas y usarlas para conseguir una sociedad más justa).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Generales:

- a) promover una ciudadanía activa(**) a través de la reflexión y el dialogo
- b) intentar que los niños descubran por sí solos e interioricen, la necesidad de crear y aplicar normas de conducta que faciliten la vida en la comunidad promoviendo la solidaridad, el apoyo y la integración, atendiendo especialmente a los más vulnerables
- c) potenciar el pensamiento crítico, la capacidad de deliberar, de dialogar y el respeto propio y ajeno, promover la transición de la heteronomía a la autonomía, (intentando que el niño piense por sí mismo y tenga una mente abierta con criterio para elegir y capacidad para convivir)

Específicos:

- a) evitar el acoso en todas sus formas
- b) conseguir que no sea la tolerancia, si no el respeto a la dignidad de todas las personas, una norma de conducta irrenunciable.
- c) promover a través del diálogo, respuestas alternativas, firmes, reflexivas, inclusivas y empáticas enfrentadas a la manipulación y la violencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

dos reuniones de trabajo con claustro y EAP, 1 reunión explicativa con padres y alumnos, tres sesiones de 45 minutos de actividades a lo largo de 1mes, al terminar cada una de las sesiones evaluación interna cualitativa y preparación de la siguiente reunión. Al terminar y tras la evaluación general, reunion de padres/madres docentes niños y sanitarios para comentar y realizar la evaluación final y preparar las actividades para el curso siguiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Técnicas cualitativas. Evaluaremos a) lo aprendido

b) lo enseñado

Todo ello vinculado con los objetivos individualmente y como grupo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_1474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACION

Ya se han realizado las dos primeras reuniones Claustro/EAP el resto los Lunes de Mayo- Junio duración: 45 minutos y terminar, como hacemos siempre, con unos minutos de relajación

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Un reloj de cocina grande, tizas, folios boligrafos y una pizarra.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. social
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1165 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

2. RESPONSABLE MAGDALENA MELENDO BUENO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ATECA
- Localidad ATECA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ LLORENS CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- GALINDO FAGO ADRIANA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Con motivo de la implantación de las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón, creemos conveniente realizar una búsqueda activa de aquellos pacientes entre 35 y 50 años (Población diana) con el fin de revisar y completar, si procede, su estado vacunal.

Las principales razones que nos llevan a realizar este proyecto serían las siguientes:

- La casi ausencia de registro vacunal en OMI-AP, debido a la escasa frecuentación en las consultas de enfermería de este grupo poblacional.
- Según el nuevo protocolo establecido de vacunación en adultos, la anamnesis sobre la vacunación T.V. señala como población más susceptible a los nacidos entre 1970 y 1983.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Conocer el estado inmunológico real de la población adulta de nuestra zona de salud.
- Incrementar el porcentaje de pacientes adultos correctamente vacunados (programa de vacunación OMI- AP)
- Incrementar el porcentaje de vacunas registradas en la Zona Básica de Salud.
- Incrementar el conocimiento y la concienciación en la población diana de la Zona de Salud de estar correctamente vacunado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Sesión clínica sobre las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón.
- Durante el primer cuatrimestre de 2019, se procederá a la revisión del estado vacunal actual y enfermedades padecidas de los pacientes adultos a través de sus historias clínicas.
- Información al paciente (Población diana) mediante carta informativa sobre el nuevo programa de vacunación de pacientes adultos en Aragón.
- Durante el segundo cuatrimestre de dicho año, en colaboración con los médicos de familia, se procederá a citar y realizar las serologías pertinentes para comprobar su estado inmunológico real.
- Durante el tercer cuatrimestre, citación y administración a los pacientes de las dosis vacunales correspondientes, para completar adecuadamente el calendario vacunal.
- Registro de las dosis administradas en la historia clínica de OMI-AP.
- Conclusión del proyecto : final año 2019.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Alcanzar una cobertura vacunal de al menos un 80% de la población adulta de entre 35 y 50 años.
- Alcanzar un registro vacunal en OMI-AP de al menos un 80% de la población adulta de la Zona Básica de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Año 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Equipo Atención Primaria Ateca, Servicio de correos y telefónico y Provisión de vacunas

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

2. RESPONSABLE ADRIANA GALINDO FAGO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA JARABO MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGO IRANZO DIANA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNIES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según el programa de Atención Integral de Diabetes en Aragón, aproximadamente un 30% de los pacientes diabéticos padecen polineuropatía diabética, aumentándose su prevalencia según avanza el tiempo de evolución de la enfermedad. La neuropatía, con o sin isquemia asociada, está implicada en la fisiopatología de las úlceras por pie diabético en un 85-90% de los casos, mientras que la isquemia por angiopatía diabética lo hace entre el 40-50%.

Debido a la adopción de la Estrategia de diabetes en Aragón y a la reciente creación de consultas exclusivas para la valoración, seguimiento y evaluación del Pie Diabético en el Sector Calatayud y concretamente en el Hospital Ernest Lluch, se pretende con este proyecto, conocer la prevalencia de pie diabético en nuestra zona básica de salud y hacer un uso adecuado de esos recursos sanitarios con los pacientes que así lo precisen, aumentando de esta forma la calidad de vida de la población afectada y disminuyendo la prevalencia de complicaciones y el gasto asociados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocer el porcentaje de revisiones del pie diabético en nuestra zona básica de salud.
Disminuir la morbilidad por complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus.
Aumentar el conocimiento sobre valoración, diagnóstico y tratamiento del Pie diabético de los profesionales de la Zona de Salud de Ateca.
Potenciar la realización de la exploración neuroisquémica del pie en pacientes con diabetes en la Zona básica de Salud de Ateca para poder establecer el grado de riesgo de desarrollar complicaciones.
Aprovechar las consultas destinadas a cribado de pie diabético para educar a la población sobre autocuidados y prevención de riesgos.
Incrementar la implicación, aprendizaje y participación en el programa de cribado de pie diabético por parte de los profesionales de enfermería de la Zona de Salud de Ateca.
Incrementar el porcentaje actual de coberturas del cribado y prevención de pie diabético en la población de riesgo.
Generar dentro de las agendas de la consulta de enfermería un espacio dedicado exclusivamente a la realización de actividades preventivas y de detección precoz de lesiones diabéticas.
Derivar a la consulta de enfermería de Pie diabético del Hospital Ernest Lluch a los pacientes cribados con pie de riesgo alto/ulcerado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realización de sesiones clínicas sobre técnicas de exploración del pie.
Búsqueda activa de pacientes.
Revisión de cada una de las historias clínicas.
Citación a los pacientes correctamente diagnosticados en consultas de enfermería exclusivas.
Realización de las actividades de exploración y despistaje de pie diabético: inspección, exploración con diapasón, monofilamento e índice tobillo-brazo.
Evaluación de indicadores y puesta en común de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Revisión Pie Diabético
Periodo a analizar: 12 meses.
Ámbito de aplicación: Todos los pacientes diabéticos, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
Criterio de valoración: Existencia de prueba válida en el periodo indicado.
Valores indicador:
Rojo: Si no hay prueba.
Verde: Si hay prueba.
Diabetes - Pie de riesgo (%)
Definición:
Proporción de pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación.
Fórmula:
Numerador (306A): Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Proyecto: 2019_1270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Denominador (306A_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

Valores indicador:

Gris: Sin Revisión.

Rojo: Riesgo Alto.

Amarilo: Riesgo Moderado.

Verde: Riesgo Bajo.

Fuente:

OMI-AP

Diabetes - Conocimientos (%)

Definición:

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación.

Fórmula:

Numerador (SERV_306F): Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA_00126' =1 y ('RDS_5602'=1 o 'CDC_5612'=1 o 'CDC_5614'=1 o 'CDC_5616'=1).

Denominador (SERV_306A_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

Fuente:

OMI-AP

Observaciones:

Los DGPs hacen referencia a: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES ('NA_00126'), ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD ('RDS_5602'), ENSEÑANZA: ACTIV/EJERCICIO ('CDC_5612'), ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA ('CDC_5614') y ENSEÑANZA: MEDICAM. PRESCRITOS ('CDC_5616').

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Primer cuatrimestre de 2019: integrar nuestra población diana y revisar sus historias clínicas y planes personales; puesta al día del tema y revisión de casos y contacto con pacientes para iniciar consultas de cribado de pie diabético.

Segundo y tercer cuatrimestre se realizarán consultas y reuniones de equipo periódicas para puesta en común de posibles dudas, incidencias o complicaciones.

Finales del tercer cuatrimestre: síntesis de datos obtenidos y realización de los indicadores propuestos.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1288 (Acuerdos de Gestión)

INTERVENCION EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANQUEZ PUEYO MERCHE. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ ABELLA JESUS. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· PLO SERRANO ALBERTO JOSE. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· ORUE JUNGUITU ALMA MARIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO LONGAS RAUL. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hay evidencias que apuntan a un aumento del riesgo de sufrir un episodio de fracaso renal agudo (FRA) por medicamentos en pacientes susceptibles y que son tratados simultáneamente con diuréticos, inhibidores del sistema renina angiotensina (IECAS o ARA II) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluyendo los inhibidores de la COX-2, constituyendo una triada peligrosa. Esta triple combinación, y los efectos adversos que produce, se conoce como Triple Whammy (TW), "triple golpe o sacudida"
En la última revisión del cuadro de mandos del EAP (febrero 2019) se han identificado 64 pacientes con esta triple combinación en la terapia, lo que indica la importancia de una intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

OBJETIVO GENERAL:

Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terapia Whammy.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si ésta no está absolutamente justificada.

Mejorar la monitorización de la función renal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Entrevista con el paciente para comunicarle la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos más adecuados. Igualmente revisar el tratamiento antihipertensivo que sea más idóneo para cada paciente.
- Analizar la idoneidad de la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que existen, empezando por la retirada de AINES.
- Los pacientes que sigan con la triple terapia serán monitorizados de la función renal. Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N° 1: Pacientes con triple W.

Definición: % de disminución de los tratamientos de triple combinación de IECA o ARA II o aliskiren con diurético y AINE

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes en listado TW al FINAL del proyecto de mejora
Denominador: N° de pacientes en listado TW al inicio del proyecto

Valor a alcanzar: conseguir una disminución alrededor del 50%.

Indicador N° 2: Revisión de idoneidad del tratamiento TW

Definición: Porcentaje de pacientes a los que les ha realizado una revisión de idoneidad del tratamiento de TW

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes TW con la revisión de idoneidad de la misma.
Denominador: N° total de pacientes TW.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Indicador N° 3: Cobertura de determinación de la función renal en pacientes con TW

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado al menos una determinación de función renal semestral

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con TW y al menos una determinación de función renal semestral
Denominador: N° total de pacientes con TW.

Valor a alcanzar: objetivo 50%

Indicador N° 4: Mejora del 10% de la función renal

Definición: porcentaje de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.

Fórmula:

Proyecto: 2019_1288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Numerador: N° total de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.
Denominador: N° de pacientes con TW y al menos dos determinaciones de función renal en el periodo de estudio
Valor a alcanzar: objetivo 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comunicación del proyecto de mejora por parte de los responsables a todos los componentes del EAP. Marzo 2019.
Identificación de los pacientes TW y reunión del grupo de mejora para asignar los pacientes y consensuar las alternativas terapéuticas y de control. Marzo 2019
Citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta, en el caso de que esto sea posible, y acordar analítica para valorar función renal. Abril a noviembre 2019
Cada responsable se hará cargo de los pacientes incluidos en su cupo.
Medición de los indicadores. Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

2. RESPONSABLE MERCEDES BLANQUEZ PUEYO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ATECA
• Localidad ATECA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• REMIRO SERRANO FATIMA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
• DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
• BORRAZ ABELLA JESUS. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
• PLO SERRANO ALBERTO JOSE. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
• ORUE JUNGUITU ALMA MARIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
• HERRERO LONGAS RAUL. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Revisados y valorados los últimos resultados de los indicadores de los Acuerdos de Gestión Clínica en nuestra zona básica de salud (febrero 2019), detectamos que existe un alto número de pacientes (61 pacientes) que tienen una doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.

Las guías de práctica clínica (GPC), (Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias), establecen que las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para la reducción del c-LDL y la enfermedad cardiovascular (ECV). La estratificación individual del riesgo cardiovascular (RCV) es fundamental para decidir el inicio de tratamiento con estatinas. No es recomendable, por carecer de una evidencia sólida sobre su efectividad en variables clínicas y de seguridad, el uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas; su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo que no toleren las estatinas a las dosis recomendadas.

Todo ello hace preciso una intervención que tenga como objetivo el adecuar este tipo de tratamientos a pacientes que tengan justificación clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos generales:

1 Detectar el número de pacientes que en prevención primaria están en tratamiento con fármacos hipolipemiantes combinados, con la finalidad de disminuir su utilización.

Objetivos específicos:

1 Revisar de forma individual la indicación de la prescripción en dichos pacientes, identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorando la posible suspensión de uno de los fármacos de acuerdo con los criterios de las GPC.

2 Identificar el número de pacientes en prevención primaria en tratamiento con estatinas y ezetimiba en monoterapia, valorando la idoneidad del hipolipemiente utilizado y si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC, determinando el cambio si fuera necesario.

Ámbito de aplicación: Pacientes en prevención primaria.

Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio (de febrero a diciembre de 2019)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones con el grupo de mejora con objeto de marcar los indicadores a evaluar, conocer el número de pacientes incluidos en el estudio y establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada.

- Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.

- Pautas, indicaciones y perfil de seguridad en el tratamiento, tanto en monoterapia como combinado.

- Objetivos lipídicos de acuerdo con las GPC.

- Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.

- Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.

- Reuniones con el Equipo para dar a conocer el inicio del estudio, su evolución y resultados finales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de pacientes con prescripción activa de hipolipemiantes combinados en prevención primaria sobre el total de pacientes con prescripción activa de cualquier hipolipemiente en prevención primaria.

- Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de [estatinas (C10AA*, C10BX*) más (fibratos (C10AB*) o resinas (C10AC*) o triglicéridos omega-3 (C10AX06) o ezetimiba (C10AX09))] o [estatinas en asociación (C10BA*)]] y [sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90)].

- Denominador: CIA distintos [con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador aunque sea en monoterapia)] y [sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90].

- Estándar: El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.

- Limitación: En pacientes con hipercolesterolemia primaria podría estar indicado el uso de la combinación de estatinas más ezetimiba.

Listados por CIAS: Pacientes con prescripciones activas de tratamientos combinados en prevención primaria

Proyecto: 2019_1460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

- Se evaluará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiante y la necesidad de su modificación o suspensión en caso necesario.
- Objetivo: disminuir 20%
- Fuente de datos: Cuadro de mandos de Farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Presentación del proyecto: reunión con el EAP. Fecha prevista: Marzo 2019
- Sesión clínica: estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria, indicaciones de tratamiento en prevención primaria y criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Fecha prevista: marzo 2019
- Sesión clínica: tratamiento con estatinas y objetivos lipídicos según las guías de la ESC 2016. Abril 2019
- Inicio del proyecto: Abril 2019
- Plan de información continuada sobre la evolución del proyecto (dificultades, dudas,...). Septiembre a noviembre 2019
- Finalización del proyecto: 31 diciembre 2019
- Evaluación del proyecto: enero 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EN CONTACTO CON LOS TMG

2. RESPONSABLE EUGENIA ESTEBAN RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD BOUZAN CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· DELGADO MIGUEL MARIA PILAR. PSICOLOGO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· CEBOLLA POLA MARCOS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· MARCO GOMEZ BARBARA MARIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA. PSICOLOGO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· RUIZ GARCIA RAQUEL. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las unidades de salud mental (USM) se atiende de forma ambulatoria a pacientes que sufren padecimientos psíquicos muy diversos. Las genuinas enfermedades psiquiátricas, como son la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la melancolía, entre otras, constituyen lo que se llama trastorno mental grave (TMG) y es sin duda el que requiere mayores recursos y atención por parte de los profesionales. Esto es así porque son enfermedades crónicas cuyo pronóstico continúa siendo desfavorable; más aún en los pacientes que no toman el tratamiento y que no acuden a las citas con su terapeuta.

En la actualidad, se atienden en la Unidad de Salud Mental (USM) de Calatayud en torno a 250 pacientes conocidos cuyo diagnóstico se enmarca en el concepto TMG. Esta cifra crece si incluimos a los que han sido atendidos en el pasado pero que abandonaron el seguimiento en algún momento.

Uno de los factores más influyentes en la adherencia terapéutica es la relación médico-paciente. La percepción por parte del paciente de una sincera preocupación por parte del profesional, mejora la relación terapéutica. Medidas como hacer recordatorios o monitorización periódica del tratamiento, se ha demostrado que mejoran la adherencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se pretende mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de un TMG, pertenecientes al sector sanitario de Calatayud, a nivel de toma de fármacos, seguimiento de recomendaciones y asistencia a las consultas. En consecuencia, se esperaría minimizar las descompensaciones en número y/o intensidad y los eventos negativos graves derivados de las mismas, y mejorar su pronóstico global.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A. Elaborar un registro de los pacientes con TMG que faltan a 3 citas consecutivas sin justificación o que no han acudido en un año a la USM, con las debidas medidas de protección de datos. Incluirá como mínimo el nombre, el diagnóstico y el último contacto. El fin es evitar que estos pacientes caigan en el olvido y poder reanudar el contacto a pesar de que haya cambios en el equipo de profesionales.

B. Llamadas telefónicas:

? Se llamará cada 6 meses a los pacientes con TMG que falten a 3 citas consecutivas sin justificación o que no hayan acudido en un año a la USM, apuntados en el registro.

? Cuando un paciente con TMG no acuda a la cita en la USM, se le llamará por teléfono para comprobar su estado de salud, los motivos de la ausencia y ofrecer disponibilidad. Si no se logra contactar, se le enviará nueva cita por correo convencional. Se repetirá este proceso en cada ausencia.

? A la tercera ausencia consecutiva, se llamará al familiar cercano de referencia para informar de la situación. En caso de pacientes sin familia, se contactará con su médico de atención primaria y/o con los servicios sociales si fuera necesario. Si estos pacientes se niegan a acudir a consultas pero se mantienen estables o su clínica no implica riesgos para él o terceros, se informará a sus allegados de las medidas a seguir si la situación clínica empeorara. Si la gravedad de la clínica así lo requiere, se iniciarán las medidas terapéuticas y legales oportunas.

C. El equipo repasará los casos de los pacientes que se encuentren en estas circunstancias en una reunión de carácter mensual. Se hará hincapié sobre todo en aquellos que falten a 3 o más citas o durante un año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

? Número de pacientes con TMG que faltan a 3 citas consecutivas sin justificación o que no han acudido en un año a la USM que se inscriben en el registro de la unidad: Mínimo 80 %

? Número de pacientes con TMG que no acuden a las citas de salud mental que se sigan de un contacto telefónico con el paciente o con un familiar del paciente o con su equipo de atención primaria, según sea el caso: Mínimo 80%

? Número de pacientes con TMG que, tras una ausencia sin justificación a la USM vuelvan a acudir a una nueva cita después de la llamarles por teléfono o enviar nueva cita: Mínimo 75%.

? Número de pacientes con TMG que, tras 3 ausencias no justificadas o un año sin acudir a la USM vuelvan a acudir a una nueva cita después de llamarles por teléfono a ellos, a familiares o a equipo de atención primaria, según sea el caso: Mínimo 25%.

Proyecto: 2019_0007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EN CONTACTO CON LOS TMG

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se desarrolla desde el 1 de Enero de 2019 y, si los resultados son satisfactorios (se alcanzan los valores estándar), se prevé una continuidad a lo largo del tiempo.
La revisión de los resultados se hará cada 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Su instauración es sencilla y no requiere recursos extra, puesto que se puede integrar en el trabajo ordinario sin modificaciones sustanciales y sin gastos añadidos. La reunión mensual para se podría integrar en la ya existente del equipo, sin necesidad de crear otro espacio. El registro que se creará será guardado por la persona designada para tal fin, si bien esta información se compartirá con el resto del quipo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_1166 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA TENORIO ANDRES. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BLAZQUEZ GIRON PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CHUECA GORMAZ ISABEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CANO HERRERO GEORGINA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO TEJERO ANTONIO. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La metformina es el fármaco de elección para iniciar tratamiento en diabetes tipo 2 sin complicaciones y preferentemente en aquellos que poseen sobrepeso. Puede administrarse solo o en combinación con otros antidiabéticos orales o insulina. En este momento su uso en monoterapia en los pacientes diabetes de reciente diagnóstico es uno de los criterios estratégicos de nuestro acuerdo de gestión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre su uso en monoterapia en casos nuevos de diabetes tipo 2 con IMC >25. Se excluirán aquellos casos en los que por sus complicaciones se precisen tratamientos más intensivos de entrada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Realizar reunión para informar al equipo de dicho proyecto.
2.- Solicitar listado a cada médico de los pacientes diabéticos con sobrepeso de reciente diagnóstico o que debuten o se confirme su diabetes entre los meses de enero-agosto.
3.- Realizar auditoría en los meses de mayo y septiembre para confirmar el número de estos casos que han recibido de entrada tratamiento con monoterapia con metformina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Definición: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina.
Formula: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina / total de diabéticos con sobrepeso nuevos.
Valor a alcanzar: >70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista 1er corte: mayo 2019
Fecha prevista 2º corte y realización de informe y conclusiones: septiembre - octubre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Auditoría de historias clínicas de OMI-AP

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1169 (Acuerdos de Gestión)

FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE, EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO TORCAL CASADO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS CALATAYUD NORTE
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• DE LA FUENTE SANJUAN ANA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En los últimos años numerosos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de los ACO en nuevas indicaciones, lo que ha originado un aumento considerable de los pacientes anticoagulados. Por las características de éste tratamiento, las mejoras en la calidad del control producen una reducción en la incidencia de complicaciones hemorrágicas y eventos tromboembólicos. El autocontrol proporciona a los pacientes importantes ventajas como son la posibilidad de realizar los controles en casa sin necesidad de trasladarse al centro sanitario, disminuyendo la demanda de los profesionales sanitarios, la mejora de la calidad de vida, el aumento de la autonomía, la mejor conciliación con la vida laboral pero sobre todo le permite aumentar la frecuencia de los controles y como consecuencia detectar desajustes en dosis y así evitar complicaciones secundarias al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1-Formación a los profesionales responsables de controlar al paciente en autocontrol de coagulación.
2-Capacitar al paciente para ser capaz de interpretar los resultados de INR
3-Adiestrar a los pacientes para que los cambios de dosis los realicen correctamente.
4-Aprender a identificar situaciones clínicas que precisen asistencia médica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La actividad se llevara a cabo por una enfermera, ya formada con anterioridad que se ocupara de:
1. Formación de los profesionales que van a realizar el seguimiento del paciente en autocontrol.
2. Formación de los pacientes

La formación de los pacientes se realizará en dos sesiones de dos horas de duración cada una, con una periodicidad de una al mes en grupos máximo de cuatro personas ; con un contenido teórico y uno práctico.

Contenido teórico:

Hemostasia que es y como funciona
Mecanismo de funcionamiento de los anticoagulantes
Indicación de los AVK

Concepto de INR y rango terapéutico
Coagulometro y diario del anticoagulado

Ajustes de dosis
Situaciones especiales
Recomendaciones generales

Contenido práctico:

Técnica de punción capilar
Funcionamiento del coagulometro
Manejo de niveles

Uso del diario

Suministro de material

Seguimiento del paciente : la primera revisión al mes en la consulta de autocontrol y las siguientes cada 6 mese en su enfermera correspondiente.

A los pacientes al final de la formación se le realizará un test de conocimientos, debiendo superarlo al menos con un 80por ciento de aciertos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR 1-Profesionales formados

Definición: %de profesionales que han recibido formación en autocontrol de ACO
n° de profesionales formados (Med y Enf)

n° Total de profesionales

EXCEPCIÓN-Profesionales de pediatria

Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 2-Formacion de los pacientes.

Definición -% de pacientes que superen el test de conocimientos con un 80% de aciertos
N° de pacientes que superen el test con un 80% de aciertos

N° total de pacientes formados

Valor a alcanzar 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1169 (Acuerdos de Gestión)**

FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE, EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

Junio-Formación de profesionales

Julio-Comenzar con la captación de pacientes y ajustar los grupos de la formación a la demanda.

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. 4 Horas de sustitución de la enfermera que realiza la formación al mes.
2. Los propios recursos de los que ya dispone el centro : sala de reuniones, proyectores....
3. material de información y soporte : Diarios autocontrol, material informativo...

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevencion
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CALATAYUD NORTE
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORALES FERRUZ RAQUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- ALCAZAR MORTE MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Atención Primaria (AP) del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo tanto las revisiones del niño sano, como la atención a las demandas urgentes.

Los pediatras de AP ejercen una función de atención integral que tiene en cuenta el contexto social y familiar del niño/a, el seguimiento de su desarrollo y la atención a los diversos problemas de salud.

Para ello proponemos un programa colaborativo interdisciplinar en el que se resolverán los problemas del desarrollo que vayan apareciendo en el niño/a, así como las necesidades sociales y escolares que deriven de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Mejorar de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
- Implementar la coordinación interdisciplinar.
- Gestionar los recursos sanitarios de la forma más eficiente.
- Favorecer la Salud Comunitaria en nuestro entorno.
- Elaborar un protocolo de actuación y una vía clínica en este tipo de pacientes.
- Realizar un listado de patologías que se proponen en cada reunión.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se planificarán reuniones periódicas entre los Pediatras de los Equipos de Atención Primaria y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del sector Calatayud, junto con el equipo de Atención Temprana y los orientadores de los diferentes colegios de infantil y primaria. En ellas se comentarán los pacientes que previamente se hayan propuesto y se buscará la coordinación mediante una labor interdisciplinar para mejorar la asistencia del paciente y de su entorno. La periodicidad será trimestral en función de las necesidades asistenciales. La duración aproximada será entre 60-90 minutos y se realizarán en el centro base de Atención Primaria de Calatayud.

Se procederá a la elaboración de un protocolo de derivación de estos pacientes con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica clínica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de sesiones conjuntas realizadas.
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas.
- Cobertura de todos los centros de salud del área.
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que acuden a cada reunión.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria.
- Porcentaje de pacientes que cumplan los criterios de derivación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo 2019 - Marzo 2020: Puesta en marcha de las reuniones con periodicidad indicada anteriormente. Elaboración del protocolo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Disponibilidad del centro base de Atención Primaria.
Asistencia de cada profesional.

10. OBSERVACIONES.

LES REMITO LA SEGUNDA VERSIÓN DEL PROYECTO, DEBIDOS A MEJORAS REALIZADAS EN EL MISMO. DISCULPEN LAS MOLESTIAS. SALUDOS.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION INTERDISCIPLINAR

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

2. RESPONSABLE MARIA LAURA SANMARTIN FLORENZA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS CALATAYUD SUR
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- BERNAL GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- GRANERO BERLANGA NICOLAS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- DE LA OSA FONDON JUAN JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- MOROS MELUS MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- VALLEJO ERDOCIAIN MARIA LUISA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- JABBOUR NEEMI ISSA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Todos los inviernos, existe una situación de epidemia por cuadros gastrointestinales, respiratorios y gripales en niños en edad escolar. Una de las vías de transmisión más común es el contacto a través de las manos.

Los colegios son nidos de microbios perjudiciales que se propagan rápidamente entre los alumnos a través del contacto. Lavarse las manos es uno de los mejores medios para evitar que los microbios dañinos se propaguen y así prevenir enfermedades.

De manera natural, la piel produce una película grasa que sirve para mantenerla húmeda y evitar que se seque demasiado. Esta capa grasa, sin embargo, es un lugar perfecto para que los microbios crezcan y se multipliquen, y ayuda a los gérmenes a "pegarse" a nuestra piel. Lavarse las manos con regularidad sirve para eliminar los microbios que vamos recogiendo de nuestro entorno (en casa, en el colegio, en el jardín, de animales, alimentos...). Algunos de estos microbios pueden hacernos enfermar si penetran en nuestro interior al comer o al respirar. Lavarse las manos sólo con agua elimina la suciedad visible; sin embargo, se necesita jabón para eliminar la capa grasa de la superficie de las manos, en la que quedan adheridos los microbios.

Hay que lavarse las manos:

Antes, durante y después de preparar alimentos.

Después de ir al servicio.

Después de tocar animales o restos de animales.

Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.

Si se está enfermo o se ha estado con personas enfermas.

Por este motivo se decide emprender este proyecto comunitario en la Zona Básica de Salud del Centro donde está ubicado el CRA "Tres Riberas" Y CRA "El Mirador"

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejorar el conocimiento de los escolares sobre una correcta higiene de manos para prevenir ciertas enfermedades.

Enseñar a los escolares la técnica correcta del lavado de manos.

Implicar a los docentes del CRA para que los niños adquieran este hábito en sus actividades diarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sesión informativa a los miembros del equipo con presentación del material didáctico, fechas de realización del proyecto...

Reunión con los directores de las escuelas que pertenecen al CRA para la presentación del proyecto.

Talleres de lavados de manos en las escuelas del CRA. Estos talleres constan de dos partes:

Primera parte: a realizar el mes de mayo de 2019 coincidiendo con las fechas próximas al "día mundial de la higiene de manos" establecido por la OMS.

- Explicación a la clase de la actividad y presentación de PowerPoint/vídeo para los niños y docentes.

- Exposición por parte de los sanitarios de la técnica correcta de lavado de manos.

- Repetición de la técnica por parte de los niños.

- Facilitar material didáctico (póster, pasatiempos...) obtenido de la página www.e-bug.eu.

Segunda parte: a realizar en el mes de junio de 2019

Evaluación de la actividad por parte de los profesionales sanitarios a los alumnos de la técnica correcta de la higiene de manos a través de la visualización directa.

Comprobación de que se mantiene el material didáctico entregado en el aula

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador nº1: Colegios participantes

Definición: % de colegios que participan en el proyecto:

Formula: Número de colegios que participan en el proyecto / número total de colegios

Valor a alcanzar: 100 %

límite inferior: 80 %

límite superior: 100 %

Indicador nº2: Escolares Participantes

Formula: Número de escolares que participan en los talleres/ población de escolares de colegios participantes

Valor a alcanzar: 80 %

Proyecto: 2019_1151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

límite inferior: 60 %
límite superior: 80 %
Indicador nº3: escolares que realizan un correcto lavado de mano
Formula: Número de escolares que realizan una correcta técnica de lavados de manos/ número total de escolares participantes
Valor a alcanzar: 90 %
límite inferior: 60 %
límite superior: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio: Abril de 2019
Reunión informativa
Creación de PowerPoint/vídeo para los talleres
Impresión de carteles informativos para las escuelas.
Reunión con los Centros escolares: Abril de 2019
Inicio de los talleres:
Entre Mayo y Junio de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
Ordenador, lámparas Hartmann, aula.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1228 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ECHEVARRIA MONTOTO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CALATAYUD SUR
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ISSA JABBOUR NEEMI. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- HIDALGO NAVARRO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- GISTAS QUILEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

DESDE EL AÑO 2018 DISPONEMOS EN EL CENTRO DE SALUD DE UN ECÓGRAFO PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO CLINICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

LA ECOGRAFÍA ES UNA PRUEBA SEGURA, RÁPIDA, FIABLE, INOCUA Y NO INVASIVA, BIEN TOLERADA POR EL PACIENTE, DE RELATIVO BAJO COSTE .CADA VEZ SE UTILIZA MAS COMO METODO DE APOYO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- PONER EN MARCHA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S.CALATAYUD
- INCREMENTAR LA ACCESIBILIDAD EN LA ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- CONSTITUIR UN GRUPO DE TRABAJO
- 2- CREAR CONSULTA Y AGENDA DE CITACIÓN DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- 3- ELABORAR UN PROTOCOLO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES
- 4- PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: SÍ O NO.
 - 2- ELABORACIÓN DE LA AGENDA DE ECOGRAFÍA EN AP: SÍ O NO
 - 3- DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE DERIVACION : SÍ O NO.
 - 4- PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LAS SESIONES CLÍNICA DE LA PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO.
- VALOR A ALCANZAR: 50%
LIMITE SUPERIOR:80%
LIMITE INFERIOR: 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

GRUPO DE TRABAJO:MARZO 2019
CONSULTA Y AGENDA DE CITACION:MARZO 2019
SESION INFORMATIVA:MAYO 2019
CITACION DE PACIENTES: DE JUNIO A DICIEMBRE 2019

FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN:DICIEMBRE 2019

EVALUACIÓN FINAL DICIEMBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS MATERIALES:ECOGRAFO,SALAS,CAMILLA
RECURSOS HUMANOS :MEDICOS CON FORMACION EN ECOGRAFIA PARA A.P,PACIENTES

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PACIENTES
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1229 (Acuerdos de Gestión)

HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE JULIO CESAR PEREZ BENAVIDES
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ MILLAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LUCINDO LAZARO ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Tras conversaciones mantenidas con profesorado y padres de los alumnos de los institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier de Calatayud, se han detectado deficiencias en materia de conducta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y la existencia de embarazos no deseados. Por todo ello, consideramos adecuado impartir charlas y talleres en los Institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier en Calatayud. De esta forma, consideramos, que una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Aportar un enfoque científico y centrado en la salud integral del individuo de las relaciones sexuales.
-Incluir y/o atender a todos los tipos de orientación sexual posibles, evitando así situaciones de riesgo, abuso o exclusión social.
-Impulsar una educación sexual abierta, adaptada respetuosa con las ideas y opiniones de los adolescentes.
-Promover, a su vez, el conocimiento teórico transmitiendo información fiable, contrastada y con base científica acerca de la prevención y disminución de riesgos de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
-Informar sobre los recursos socio-sanitarios disponibles para la población diana así como los procedimientos necesarios para acceder a ellos.
-Resolver dudas planteadas aclarando falsos mitos sobre la sexualidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

.Dos charlas o talleres sobre sexualidad en los institutos pertenecientes a nuestra zona de salud.
.Creación de un grupo de trabajo formado por: matrona, médico A.P. Y enfermeras de A.P.
.Documentación y conocimientos del tema del proyecto.
.Puesta en común con el profesorado docente de ambos IES.
.Realización de test anterior a la charla para explorar los conocimientos sobre educación sexual y detectar deficiencias para ser aclaradas durante la charla.
.Cumplimentación individualizada del test antes y después de la charla.
.Recogida de datos y análisis de resultados a fin de valorar la intervención.
.Planificación de la intervención.
.Elaboración de encuesta de satisfacción a todos los asistentes (alumnos y profesorado).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N° 1: Adolescentes participantes en las sesiones
Definición: % de adolescentes que participan en las charlas y talleres.
Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han participado en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 50%
Fuente de datos: Alumnos asistentes

Indicador N° 2: Conocimientos adquiridos por los adolescentes en las sesiones.
Definición: % de alumnos que han aumentado su nivel de conocimientos.
Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han aumentado su nivel de conocimientos en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Fuente de datos: Alumnos asistentes, test de evaluación

Indicador N° 3: Grado de satisfacción global de la intervención
Definición: % de alumnos y profesores que han valorado positiva la actividad.
Fórmula: Número de alumnos y profesorado que han valorado como satisfactoria la charla o taller/ Número total de asistentes que han contestado la encuesta de satisfacción.
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Fuente de datos: Alumnos y profesores asistentes, encuesta de satisfacción.

Proyecto: 2019_1229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de un grupo de trabajo implantado en Abril/2019.
 - Reunión con la dirección docentes de los IES de Calatayud en Mayo/2019.
 - Realización de dos charlas o talleres en los IES de Calatayud que se determinará en Septiembre/2019 según calendario escolar y de mutuo acuerdo con las direcciones de los Centros:
IES Emilio Jimeno.
IES Leonardo de Chavacier.
 - Realización de test evaluativos en Septiembre/2019.
 - Elaboración de encuesta de satisfacción en Septiembre/2019.
9. RECURSOS NECESARIOS.
- Material informático.
 - Recursos humanos: personal sanitario, alumnos y profesorado.
 - Espacio físico: aula o similar
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Adolescentes/jóvenes
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedades de transmisión sexual
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IRASPROA, APLICACION EN E.A.P. CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE LUIS DIGON SANMARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GISTAS QUILEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· MOROS SANZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ LOZANO ISABEL. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ARANAZ VILLARTE MIGUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BARANDA JEREZ MANUELA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La antibioterapia supuso un antes y un después en el tratamiento de las enfermedades infecciosas desde el descubrimiento del primer antibiótico, la penicilina, por Fleming en 1928. Su contribución al control de la morbilidad por causas transmisibles es inestimable, pero su uso inadecuado ha hecho que aparezcan resistencias microbianas a los mismos, a pesar de las numerosas campañas de educación sanitaria sobre el empleo correcto de AB, dirigidas, tanto a la población como a los propios profesionales sanitarios. La DGA, a través del Servicio Aragonés de la Salud ha puesto en marcha una ambiciosa iniciativa que pretende involucrar a los actores implicados en la prescripción y consumo de AB, a efectos de lograr la utilización de estos fármacos de modo proporcionado, eficaz y eficiente. Se trata del Programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) que está en concordancia con el Plan Nacional de Resistencia de Antibióticos (PRAN). IRASPROA analizará los distintos indicadores de prescripción de los AB más utilizados en Atención Primaria en nuestra Zona Básica de Salud para confrontarlos con los obtenidos en nuestro Sector de Calatayud, así como con los de la comunidad Autónoma.

El EAP considera una oportunidad de mejora la priorización de la prescripción de antibióticos de espectro reducido, siguiendo las recomendaciones de la Guía Terapéutica Autonómica, que son aquellos que actúan sobre un grupo determinado de microorganismos, y reducir por tanto el empleo de AB de amplio espectro que quedarían circunscritos a enfermedades graves, evitando así la aparición de resistencias. Es labor prioritaria conseguir sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas, transmitiendo el hecho de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad se ha de preservar y conocer el consumo y tipo de AB prescritos por el MAP. También se debe actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos de atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir el DHD para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B) (indicador principal)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1.- Designar una persona clave o referente PROA en el EAP
- 2.- Presentación al equipo del proyecto IRASPROA
- 3.- Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA -AP DE IRASPROA.
- 4.- Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y su tratamiento de antibiótico.
- 5.- Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
DHD por 1000 habitantes para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B)

Estandar 2019: < que el año anterior en ambos grupos de edad. (A:<18.7 DHD y B: <12 DHD)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Cronograma:

- Marzo: - Presentación a los miembros del EAP del proyecto PROA-AP
- Realización de una sesión/cuatrimestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico y analizar los resultados del indicador
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fecha a concretar según se desarrollan las campañas)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales: equipo informático
Recurso humanos: personal sanitario

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IRASPROA, APLICACION EN E.A.P. CALATAYUD SUR

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS DAROCA
• Localidad DAROCA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CUADRADO GONZALEZ AINOVA. MIR. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• BES GIMENEZ ANA V. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA SOLA JUAN LUIS. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• APARICIO SORIANO OLGA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• PEREZ ABADIA ANA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• HERNAN PEREZ CHELO. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
• BOSCA ALBERT BEATRIZ. MIR. H ERNEST LLUCH. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis agudas (FA) es una de las enfermedades infecciosas más comunes de consulta en cualquier grupo de edad. La etiología más frecuente es vírica, sin embargo es una de las razones más frecuentes de prescripción antibiótica, muchas veces de amplio espectro, en España. El uso de antibiótico no indicado supone un aumento de las resistencias y del gasto sanitario, además del perjuicio del paciente. En caso de la etiología de las FA bacterianas, la más frecuente es la producida por *Streptococcus pyogenes* o estreptococo-hemolítico del grupo A (EBHGA).

El cultivo faríngeo es la prueba de referencia para conocer la etiología de la infección, pero el tiempo que se tarda en obtener resultados es su principal desventaja. Es por ello que existen pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (StrepA test) proporcionándonos el resultado en el momento de la consulta con una especificidad asociada mayor al 95%. Las escalas de valoración clínica para predecir etiología bacteriana son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes realizar el StrepA test (Escala de McIsaac modificada por Centor).

No se ha descrito ningún caso de EBHGA resistente a penicilinas por lo que la Penicilina y la Amoxicilina son el tratamiento de elección. En aquellos pacientes con alergia se debe usar cefadroxilo. En nuestro centro no se emplea de forma rutinaria la utilización de StrepA test en pacientes con clínica sugestiva de FA con la consiguiente prescripción antibiótica que, en la mayoría de los casos, no está indicada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos:

1. Reforzar el uso de StrepA test para orientar el diagnóstico de FA hacia vírica o bacteriana y proporcionar el tratamiento indicado
2. Realizar StrepA test en relación con las escalas de valoración clínica de predicción de etiología bacteriana (McIsaac modificada por Centor) cuando esté indicado (Centor 2-3)
3. Analizar la terapia antibiótica administrada para comprobar si se utilizan los antibióticos de elección y reducir el uso de antibióticos en aquellos pacientes que no esté indicado.
Población diana: Usuarios del CS de Daroca que acudan a consulta con clínica de odinofagia de menos de 1 semana de evolución con o sin fiebre con exploración compatible (inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Registro en una tabla de excel las siguientes variables: los criterios centor; la realización del StrepA test (en pacientes que solo presenten 2-3 criterios con clínica compatible) y su resultado; el antibiótico prescrito y dosis.
2. Se analizarán los resultados obtenidos del registro de pacientes en el primer trimestre y se hará una sesión de control de resultados para reorientación si es preciso de cumplimentación de datos (Registro en OMI orden clínica ? Procedimiento diagnóstico ? Test rápido ? Test estreptococo).
3. Al final del semestre se analizará también los antibióticos administrados y se orientará acerca de antibioterapia indicada y dosis adecuada si precisa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N°1: Utilización de StrepA

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado un StrepA test y que cumplen 2-3 criterios Centor

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con 2-3 criterios Centor una determinación de StrepA test

Denominador: N° total de pacientes con 2-3 criterios Centor .

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

Indicador N°2: Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica.

Definición: Porcentaje de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Proyecto: 2019_1072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Denominador: Número de pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica aguda y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: 01 enero 2019

Fecha finalización: 31/12/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenadores y conexión a internet, acceso a OMI para descarga de información y registrar datos.

StrepA test diagnóstico rápido

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. faringoamigdalitis aguda

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1092 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUADRADO GONZALEZ AINOA. MIR. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BARRENA MARINA EMILIA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· MORENO ROMERO ASUNCION. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· MARTI GUILLEN LOURDES. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· PARDILLOS MARIN CARLOS. MIR. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Aragón, según los datos publicados desde 2010 a 2017 la venta de cajetillas de tabaco ha disminuido en un 36,2%, también para el tabaco de liar aunque el descenso se produjo más tardíamente pero aún así y, a pesar de las múltiples estrategias realizadas para conseguir la abstinencia tabáquica, el número de fumadores es aún muy elevado con las consecuencias que esto conlleva. Es por ello, que desde los centros de salud se puede incidir en la prevención y ayudas para dejar de fumar mediante una intervención breve (entendiéndose como intervención breve los criterios que marca el OMI-AP de abordaje oportunista mediante la entrevista profesional/paciente centrada en el uso de tabaco y cuya duración no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos [deberá tener cumplimentado el test de Richmond]) y crear carteles promotores e informativos de los efectos del tabaco para concienciar a la población. Además, en aquellos pacientes fumadores, se debe realizar una espirometría para detectar de forma precoz patologías respiratorias derivadas por el consumo de tabaco; ya que una detección precoz mejora el pronóstico en la mayoría de casos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivos:

1. Mejorar el registro en OMI de detección del hábito tabáquico entre los usuarios del CS (Pacientes = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (DGP "TABACO") en los últimos 2 años)
2. Realización de una intervención breve en fumadores para reducir el consumo de tabaco y establecer hábitos saludables, la cual se activa en pacientes = 15 años registrados como fumadores ("FUMADOR=SI") al menos un año antes

del periodo de evaluación, sobre los que se ha hecho algún tipo de intervención relacionada con el tabaquismo.

3. Tener todos los fumadores una espirometría y, en caso negativo, realizar una espirometría
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y proporcionar recursos para dejar de fumar

Resultados:

1. Alcanzar un porcentaje de registro de hábito tabáquico (SI/NO) en un 75% de los usuarios del CS.
2. Realización de intervención breve en el 70% de pacientes registrados como fumadores
3. Realización de espirometría en el 70% de pacientes registrados como fumadores
4. Promoción de hábitos saludables y de abstinencia tabáquica mediante la publicitación de cartel informativo en los

diferentes consultorios médicos asociados al CS de e Institutos.

Población diana: Usuarios del CS de = 15 años

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS (programada/demanda) del registro de hábito tabáquico para realizar intervención breve y comprobar si tienen realizada al menos una espirometría.
2. Captación de nuevos usuarios al registro de hábitos tóxicos (Tabaco SI o NO) en visitas programadas/demanda
3. Realización de espirometría a todos aquellos usuarios del CS fumadores que no se hayan realizado nunca una.
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y promocionando recursos para ayudar a dejar de fumar
5. Información individual en consulta sobre los efectos nocivos del tabaco y la promoción de los hábitos saludables

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N°1: % registro de hábitos tóxicos

Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años a los que se les ha interrogado y registrado sus hábitos tóxicos trimestral

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1092 (Acuerdos de Gestión)

ESTRATEGIA DE DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años del CS Daroca a los que se les ha preguntado y registrado sus hábitos tóxicos

Denominador: Número de pacientes mayores de 15 años del CS de Daroca

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°1: % intervención breve en pacientes registrados con hábito tabáquico

Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años registrados en OMI como fumadores a los que han sido beneficiados de una intervención, al menos, breve.

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una intervención, al menos, breve

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°3: % pacientes con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometria

Definición: Pacientes mayores de 15 años con hábito tabáquico que se haya realizado una espirometria con el fin de obtener al menos un primer registro

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometría en el año

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 50%

Se promocionarán los hábitos de vida saludables mediante cartel informativo/divulgativo en los diferentes centros médicos que pertenecen al CS de y los centros educativos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio: 01/01/2019

Finalización: 31/12/2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenadores, conexión a internet, OMI

Espirómetro

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS DAROCA

2. RESPONSABLE AINOA CUADRADO GONZALEZ

- Profesión MIR
- Centro CS DAROCA
- Localidad DAROCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERGUA DIEZ VIOLETA. MIR. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- BES FRANCO ANGEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
- SIMON APARICIO PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA. MIR. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
- RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más frecuentes de muerte e invalidez en el mundo contemporáneo, la cual se caracteriza por un proceso inflamatorio que produce obstrucción poco reversible de las vías aéreas pequeñas, así como destrucción de las paredes alveolares (enfisema). En su etiopatogenia intervienen diferentes elementos pero especialmente el humo del tabaco. A pesar de que la gravedad se establece por escalas multidimensionales BODE/BODEx, se puede realizar una aproximación a la gravedad a partir del flujo aéreo (espirometría), disnea, nivel de actividad física e historia de agudizaciones (síntomas respiratorios). Enlazando este proyecto con otro que se va a realizar desde el mismo CS en cuanto a la detección de tabaquismo ya que el humo del tabaco es uno de los principales factores que intervienen en la patogenia de la EPOC.

Realizando los dos proyectos de forma simultánea, se pueden complementar los datos y detectar aquellos pacientes fumadores de entre 40-79 años para la realización de espirometría (en caso de que no tengan ninguna realizada) para evaluar el flujo aéreo y detectar si existe o no obstrucción del flujo aéreo y pudiendo diagnosticar a estos pacientes de EPOC (R95), además de incidir en ellos mediante una intervención breve para reducir el consumo del tabaco y frenar la progresión de dicha patología.

En nuestra ZBS la prevalencia de EPOC estimada a finales de 2018 fue del 4,20% siendo muy dispar entre los diferentes cupos médicos (rango 2,63-7,64%), ocurriendo lo mismo con el indicador de síntomas respiratorios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Mejorar la cobertura de los pacientes entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC (R95)
2. Confirmar el diagnóstico de EPOC en todos los pacientes
3. Mejorar el registro en OMI-AP de síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC
4. Aumentar la cobertura vacunal de la gripe en los pacientes diagnosticados de EPOC

Resultados que se esperan alcanzar:

1. Conocer el grado de incremento en la prevalencia de EPOC alcanzada entre los usuarios del CS tras la intervención.
2. Mejorar el registro de espirometrías en los pacientes diagnosticados de EPOC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS de (programada/demanda) de entre 40-79 años del registro del diagnóstico de EPOC (R95)
2. Detectar pacientes no diagnosticados de EPOC pero con factores de riesgo y realización de espirometría para establecer el diagnóstico
3. Registrar los síntomas respiratorios en pacientes diagnosticados de EPOC
4. Programa de vacunación antigripal en pacientes diagnosticados de EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador N°1: Incremento de la Prevalencia de EPOC en la ZBS

Definición: % de incremento de la prevalencia de EPOC registrada.

Fórmula:

Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al final de abril de 2019 -

% población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio de abril de 2019

Denominador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio del periodo de

evaluación

Valor a alcanzar: 5%

Límite inferior: 4,20%

Indicador N°2: Confirmación del diagnóstico de EPOC

Definición: % de pacientes con EPOC con espirometría diagnóstica

Fórmula:

Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) cuyo cociente sea <70%

Denominador: % población entre 40 y 79 años con registro diagnóstico de EPOC (R95)

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 60%

Indicador N°3: Síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC

Definición: % de pacientes con EPOC que se ha registrado en OMI la exploración de sintomatología respiratoria.

Proyecto: 2019_1093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS DAROCA

Fórmula:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)
Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que tienen registro de síntomas respiratorios en OMI
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 20%
Indicador N°4: Incremento de cobertura vacunal antigripal en pacientes con diagnóstico de EPOC (Campaña 2019/2020)
Definición: % de pacientes con EPOC a los que se les ha administrado la vacuna antigripal
Fórmula:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)
Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que han recibido vacuna antigripal
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 70%
Fuente de datos: OMI-AP y BDU

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de inicio: Abril 2019
Fecha finalización: Abril 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ordenadores y conexión a internet, acceso a OMI para descarga de información y registrar datos.

10. OBSERVACIONES.

G.Cosío B. EPOC. Arch Bronconeumol. 2007;43 (supl 2): 15-23
Miravittles M et al. Normativa SEPAR. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012;48(7): 247-257

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2019_1213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RAMON DEL CARMEN
· Profesión MATRONA
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· ELIAS GAVILANES MERCEDES. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO CALVO SONIA. FISIOTERAPEUTA. CS ILLUECA. FISIOTERAPIA EN AP
· LATORRE RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· MURO CULEBRAS MARIA. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El climaterio constituye una nueva etapa en las mujeres en la cual el soporte sanitario puede servir de ayuda para conseguir un mayor autoconocimiento, un mayor empoderamiento y una vivencia más satisfactoria.

En el C. S de Illueca se ha observado un importante número de demandas de consulta en mujeres de más de 45 años relacionadas con la falta de conocimientos a cerca de cómo abordar este periodo fisiológico. Como otras etapas de la vida de la mujer, ésta constituye una oportunidad para el cambio hacia unos mejores hábitos, aportando a este grupo los conocimientos necesarios para conseguir un mayor bienestar y por lo tanto un mejor ajuste de la demanda asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Aumentar los conocimientos sobre el periodo del climaterio como fomento del autoconocimiento y del autocuidado de las mujeres.
Mejorar la calidad de vida de las mujeres del grupo fomentando la autogestión del síndrome climatérico a través de hábitos de vida saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Presentación previa al resto del equipo para explicar el proyecto.
2. Captación oportunista de mujeres con edad comprendida entre 45 y 55 años sin excluir mujeres con menopausia precoz.
3. Formación de grupos de máximo 15 mujeres.
4. Realizar sesiones grupales teórico- prácticas.
5. Evaluar la calidad de vida al inicio y al final del proyecto.
6. Evaluar conocimientos adquiridos.
7. Valorar repercusión del proyecto en el equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de mujeres que perciben una mejora de su calidad de vida (considerando una mejora la disminución en un 20% el valor de la escala Cervantes) : 50-60%.
2. Porcentaje de mujeres que han aumentado los conocimientos relacionados con el periodo climatérico del total de asistentes a todas las sesiones : 60-70%.
3. Porcentaje de mujeres satisfechas con el proyecto : 70-80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se realizarán a partir de septiembre de 2019 sesiones semanales de dos horas de duración los viernes de 10 a 12 horas . En total se realizarán 6 sesiones.

SESIÓN 1: AUTOCONOCIMIENTO. INICIANDO UNA ETAPA LLENA DE OPORTUNIDADES(al inicio de esta primera sesión se realizará el cuestionario preintervención sobre conocimientos y escala Cervantes de evaluación de calidad de vida).
Responsable: M^a José Ramón y Mercedes Elías

SESIÓN 2: MOVERSE HACIA LA SALUD Y COMÉRSELA . Responsable : M^a José Ramón y Consuelo San Miguel.

SESIÓN 3: SUELO PÉLVICO. Responsable : Sonia Gimeno y M^a José Ramón

SESIÓN 4: SALUD VAGINAL Y SALUD SEXUAL. Responsable: M^a José Ramón.

SESIÓN 5: EMOCIONES. HIGIENE DEL SUEÑO. AUTOIMAGEN. AUTOESTIMA. ESTRES. Responsable : M^a José Ramón.

SESIÓN 6: PASEO SALUDABLE . PICNIC DE ALIMENTOS SALUDABLES. (al final de esta última sesión se pasará el cuestionario póstintervención) Responsable: Cristina Latorre

Finalizadas las sesiones, tras cuatro meses de evaluará la mejoría en calidad de vida de las participantes a través de la escala Cervantes. Responsable: María Muro.

Proyecto: 2019_1213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesario para realizar el proyecto los siguientes recursos:
Proyector, folletos informativos, material práctico para los talleres.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Climaterio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S ILLUECA

2. RESPONSABLE ROCIO MELUS ROJAS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS ILLUECA
• Localidad ILLUECA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARÍA. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• LATORRE RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• TORRIJO SOLANAS ROBERTO. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA REDONDO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• ELIAS GAVILANES MERCEDES. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• HERRERO CASTILLO EVA. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
• MILLAN RUIZ CARLOS. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Zona Basica de Salud de Illueca, según los datos de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) a fecha de diciembre de 2018, atiende a una población de 5.492 habitantes, de los que aproximadamente el 791 (14,4%) son mayores de 75 años. De estos pacientes, 470 se encuentran dentro del programa de polimedicação por presentar activos en su Historia Clínica más de 5 fármacos de forma crónica. El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad; y en muchas ocasiones han sido prescritos por diferentes médicos, especialistas o de atención primaria, perdiendo el control de durante cuánto tiempo tienen que tomarlos o si interactúan con otros que ya estaban tomando anteriormente. Todos los fármacos presentan efectos adversos que llevan en muchas ocasiones a empeorar la salud de nuestros pacientes si no hay un buen control de los tratamientos crónicos. Tras evaluar el cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión Clínica, hemos visto que se ha realizado una revisión del 29.07% de adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de enfermería. Factor que nos proponemos mejorar. Dado el alto porcentaje de ancianos polimedificados en nuestra zona básica, nos proponemos implantar un programa de revisión de los tratamientos en la consulta de enfermería, para reducir los efectos secundarios de los fármacos, reducir el gasto farmacéutico y mejorar el uso racional de los fármacos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Revisar la adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación entre enfermería y medicina.
3. Alcanzar un 60% de pacientes ancianos polimedificados de >75 años a los que se les ha efectuado la revisión de la adherencia y la adecuación del tratamiento en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Sesión formativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y EAP del C.S Illueca, para explicar la implantación del proyecto, revisar la cartera de servicios del paciente polimedificado >75 y explicar los objetivos a conseguir y el adecuado registro en OMI.
2. Reuniones semestrales con todo el equipo para valorar la evolución del proyecto con los datos del cuadro de mandos. Según resultados se hará una captación activa tanto en consulta de enfermería como de medicina.
3. Identificación de los pacientes >75 años polimedificados y captación, tanto en consulta de enfermería como de medicina, para programar una consulta de enfermería para la revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.
4. Derivación de todos los pacientes que no presentan una adecuada adherencia al tratamiento, a la consulta de MAP. En el CS Illueca se creará una hoja de registro para los pacientes derivados. También se podría obtener la información dentro de la Valoración de la Concordancia, en el registro de si se deriva a consulta de medicina, si o no.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Alcanzar el 60% de pacientes ancianos polimedificados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación. La fuente de la que se extraerán los datos será OMI - AP y eReceta. Se alcanzará el 60 % de pacientes revisados con un límite inferior del 40%. El registro de la revisión se realizará mediante la evaluación de los DGP:
 - Adherencia: DGP "CTMORSKY".
 - Adecuación: DGP "AD_TERA" (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia)
2. Revisar en consulta de medicina el 80% de pacientes polimedificados >75 años que han sido derivados por enfermería por mala adherencia y adecuación al tratamiento. La fuente será la hoja de registro o mediante el OMI-AP (dentro de la valoración de la adecuación, en la

Proyecto: 2019_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S ILLUECA

pestaña que pregunta si derivación a consulta de medicina si o no).
Se alcanzará un valor del 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha de comienzo: enero 2019

Fecha de fin: Diciembre 2019

2º trimestre del año: Sesión a todo el equipo de la ZBS después de mandar el Proyecto a la plataforma, para explicar los objetivos, las actividades y el correcto registro en OMI-AP.

3º trimestre del año: Sesión de seguimiento de los valores alcanzados hasta ese momento. Obtención de los datos mediante el cuadro de mandos del centro.

Diciembre 2019: valoración de los resultados obtenidos y cifras de mejora respecto a los datos del año anterior.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Una consulta programada de enfermería por paciente.

Las consultas programadas de medicina para los pacientes derivados por enfermería.

Hoja de registro para los pacientes derivados por enfermería a la consulta de medicina por una mala adherencia y adecuación de los medicamentos a su historia clínica.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0844 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE III

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS MORATA DE JALON
• Localidad MORATA DE JALON
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LACORT BELTRAN EVA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• SOPSENS GARETA JOSE MARIANO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• ABAD TUDELA CORO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• GONZALVO SANCHEZ PASCUAL. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• NAVARRO LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las paradas cardíacas extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR). La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias). La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. La Zona básica de salud de Morata de Jalón: Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto. Durante 2017 y 2018 se han realizado talleres en Codos y Mesones de Isuela, respectivamente durante este año se piensa realizar en Morata en asociaciones y grupos deportivos que lo soliciten.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz. Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia. Iniciar tras la experiencia otros procesos comunitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se pretende continuar durante este año 2019 en esta segunda parte del proyecto con la realización de talleres en las poblaciones que lo soliciten del CS de Morata de Jalón, comenzando por las que tienen a su disposición Desfibrilador Semiautomático.

CONTENIDO DEL TALLER:

Se realizará una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar. En una segunda parte se realizan las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.

En cuanto a los contenidos de la exposición:

Se incide en la relevancia del tema: la dispersión en nuestra Zona básica de Salud, así como la definición de cadena de supervivencia y la importancia de la activación precoz.

Se describen los protocolos del Consejo Europeo de Resucitación con las últimas recomendaciones del 2017.

Se describen las siguientes situaciones:

- Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
- Identificación situación de inconsciencia y principales causas.
- Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
- Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias.
- Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc.
- Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich.
- Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES PROPUESTOS:

Proyecto: 2019_0844 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL.
C.S. MORATA DE JALON. PARTE III**

nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El tiempo estimado de duración de cada taller es de una hora y media aproximadamente que incluye exposición y práctica. Se plantea realizar 3-4 talleres este año atendiendo a la demanda de la población, asociaciones ayuntamientos etc.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Se utilizarán torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños. Se utilizarán también: ordenador portátil y cañón de vídeo del Centro de Salud, fotocopias de carteles y encuestas. Se utilizarán las instalaciones del ayuntamiento, la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. COMUNITARIA ATENCIÓN PARADA CARDIORRESPIRATORIA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

2. RESPONSABLE EVA LACORT BELTRAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS MORATA DE JALON
• Localidad MORATA DE JALON
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ABAD TUDELA CORO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA F MAITE. PEDIATRA. CS MORATA DE JALON. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
• PUERTAS CANTERIA ALFONSO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
• GARCIA ANDRES DIANA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La faringoamigdalitis es la patología infecciosa más frecuente en AP, de etiología principalmente viral, un 10-30 por ciento son de origen bacteriano, con el Estreptococo beta hemolítico del grupo A como el más frecuente. En la práctica habitual, el diagnóstico clínico, tiene baja sensibilidad (55-74%) y especificidad (58%-76%) por lo que la prescripción antibiótica es alta. Para identificarla se han propuesto varias escalas de predicción clínica y según su resultado realizar o no el test, como la de McIsaac (modificados de Centor): exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, ausencia de tos y edad a partir de 3 años, positiva si cumple 2 o más criterios. Presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, y con su empleo, se minimiza la prescripción innecesaria de antibióticos. Por ello se hace necesaria la implementación de proyectos como éste para hacer un adecuado uso de los recursos y racionalizar el uso de antibióticos, en línea con la estrategia del Salud sobre URM e IRASPROA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Determinar la utilidad en Atención Primaria de un test rápido de detección de estreptococo beta hemolítico.

Objetivos secundarios:

Conocer la prevalencia de infección bacteriana por estreptococo beta hemolítico en nuestro medio de trabajo.

Tratar de forma eficiente la faringoamigdalitis aguda y optimizar el uso de Antibióticos.

Evitar el contagio por EBHGA en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

Disminuir la variabilidad diagnóstica.

Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En primer lugar se realizará una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto clínico en el CS, en la que se revisará la Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda, las indicaciones de realización de la prueba así como la técnica de TRDA para todos los profesionales del equipo. Se realizará una tabla Excel para recoger los datos en cada una de las consultas -Medicina de Familia, Pediatría y Urgencias- en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, lrpresencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad de o no nueva asistencia en los 10 días siguientes por el mismo motivo. Para ello se seleccionarán a aquellos que acudan al centro de salud con sintomatología de faringoamigdalitis aguda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA positivo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA positivo/ N° de pacientes a los que se realiza el TRDA en el período definido

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA

Definición: porcentaje de pacientes a los que se realiza el TRDA

Fórmula: N° de pacientes a los que se realiza el TRDA / N° de pacientes que consultan por clínica de faringoamigdalitis en el mismo período.

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA falso negativo*/N° pacientes con TRDA negativo.

*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

Valor a alcanzar: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

Límite inferior: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Sesión clínica del equipo en marzo/abril de 2019.

Puesta en marcha a partir del 16 de abril de 2019. Evaluación a través de sesiones de Equipo cada tres meses.

Proyecto: 2019_1477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Fin del programa 15 de diciembre de 2019. Evaluación final en enero-febrero de 2020.

9. RECURSOS NECESARIOS.

- 1.-Un número suficiente de reactivos que se solicitarán a almacén del sector de Calatayud.
- 2.-Montaje de diapositivas para autoformación del equipo.
- 3.-Recogida de datos mediante ficha en papel para su cumplimentación, en la que constarán:
 - Fecha de asistencia, nombre y apellidos y AR de pacientes, edad y alergia medicamentosa.
 - Tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas, si es primera visita o sucesiva (dentro de los diez días posteriores a la evolución del cuadro).
 - Criterios clínicos de McIsaac con valoración de 1 a 5.
- Realización de TRDA sí o no y resultado: positivo ó negativo.
- Antibiótico prescrito y duración si procede.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. IRAS PROA

Proyecto: 2019_1510 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE MORATA DE JALON

2. RESPONSABLE RAQUEL MARIN LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. MAC
· SOPESENS GARETA MARIANO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. EAP
· SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. EAC
· GARCIA ANDRES DIANA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. EAC
· TEJEDOR SANJOSE ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. EAP
· RAMOS ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MORATA DE JALON. AUXILIAR ADMINISTRATIVA
· ABAD TUDELA CORO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. MAP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hemos comenzado a trabajar en atención comunitaria, por ello es interesante conocer los hábitos de las personas (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol) que forman parte de nuestra Zona de Salud para a partir de los problemas que se detecten buscar soluciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana es adultos desde dieciocho años.

En este año se espera recoger información, elaborarla, sacar conclusiones, para el año que viene buscar soluciones el EAP y o en coordinación con los activos comunitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Información en el Consejo de Salud de la encuesta una vez elaborada y abierta a las sugerencias y cambios oportunos.. Información por carta a las socias de las asociaciones de mujeres y a las personas que acuerden los miembros del Consejo de Salud para mejor difusión a la población.. Comunicación de resultados y propuesta de acciones en el Consejo de Salud de otoño.

Se necesitarán sobres, sellos, papel. Cajas que hagan de buzones.

Los cambios previstos se podrán determinar una vez recogida la información

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Para 1793 adultos, nivel de confianza 95%, una precisión del 3%, una proporción del 5% y un 15% de pérdidas esperadas, necesitaremos 214 encuestas respondidas como mínimo.

Nº de encuestas respondidas/ Nº de encuestas repartidas. Entre 25% y 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Junio: información al Consejo de Salud y elaboración definitiva de encuesta

Julio: difusión de información con carteles en consultorios y C.S. envío de cartas..

Octubre : Procesamiento de la información, conclusiones, puesta en común en Consejo de Salud y elaboración de acciones.

Noviembre: Comunicación de resultados a la población.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Dependerán de las intervenciones que se acuerden y formará parte de la continuación de este proyecto

10. OBSERVACIONES.

Se envía fuera de plazo con permiso de dirección

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención de problemas de salud
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

2. RESPONSABLE MARIA LUISA HUERTAS BADOS
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS SAVIÑAN
• Localidad SAVIÑAN
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
• MARTIN CIMORRA JAVIER. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
• MENDIZ ORTIGAS MARTA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
• SANCHEZ REMACHA CARLA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
• MERINO LABORDA JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
• VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
• JASO GRAU MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Recientemente se ha implantado el calendario vacunal en el adulto (http://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf). De cara a una mejor cobertura y estandarización de los procesos de vacunación de la población adulta dependiente de nuestra Zona Básica Salud (ZBS), creemos conveniente diseñar un procedimiento propio (hoja informativa con las indicaciones según grupo de edad y/o sexo en población mayor de 18 años) que nos ayude a conseguir este objetivo. En estos momentos se desconoce la cobertura vacunal en este grupo al ser un programa de reciente implantación. A pesar de que el nuevo calendario incluye varias vacunas, se ha decidido en una primera fase centrarnos en aquellas que consideramos más importantes por su posible trascendencia clínica: Difteria-Tétanos, triple vírica, varicela y rubeola (en mujer en edad fértil).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejora en la cobertura vacunal de la población adulta, utilizando el nuevo calendario vacunal de adultos.(población mayor de 18 años)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar al menos dos sesiones formativas para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS.

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Se recogerá en función de edad las vacunas susceptibles de ser administradas.

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro.

Comenzar vacunación de forma activa mediante la captación de los pacientes en consulta o mediante llamada telefónica tras ser identificados como candidatos a vacunación.

En caso de negativa se hará constar en su historial de vacunaciones en OMI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: Cobertura de vacunación tetanos.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 años con al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 años con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 2: Cobertura de vacunación triple vírica.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 3: Cobertura de vacunación varicela.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna varicela en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna varicela en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela y serología negativa

Proyecto: 2019_1010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 4: Cobertura de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.

Definición: % de mujeres en edad fértil 15-49 años que han recibido al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019

Fórmula: Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019 / Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población (mujeres en edad fértil 15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realizar al menos una sesión formativa para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto. Antes del 15/02/2019

Una nueva sesión en el segundo semestre.

En caso de necesidad se impartirán nuevas sesiones formativas.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS. Antes del 01/03/2019

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Antes del 01/04/2019

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro. Antes del 01/05/2019

Comenzar vacunación de forma activa por parte del personal de enfermería deñ EAP. Antes del 01/05/2019

Monitorización semestral y análisis final anual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1012 (Acuerdos de Gestión)

PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO PARA LA POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

2. RESPONSABLE JAVIER MARTIN CIMORRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ REMACHA CARLA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MENDIZ ORTIGAS MARTA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· NAYA MATEU YOLANDA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La DM enfermedad prevalente en la actualidad, lleva aparejada entre otras complicaciones la aparición de lesiones en los pies (pie diabético) que implica un incremento de la morbi/mortalidad. En los últimos años se ha mejorado la formación del personal en la atención de esta patología y creemos conveniente entrelazarlo con la implantación de actividades comunitarias, fomentando los conocimientos de la población sobre todo en lo relacionado con el autocuidado de los pies.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Capacitar a la población diabética de nuestra ZBS, en el cuidado de los pies con el objetivo de disminuir la incidencia de aparición de complicaciones, así como en el reconocimiento de signos de alarma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán por parte del personal de enfermería al menos dos talleres formativos dirigidos a diabéticos. Estos se podrían ampliar en número y realizar en otras localidades en el caso de que la asistencia lo justifique. Se prevé que estos tengan lugar en la localidad de Saviñan (cabecera) aunque abiertos a todos los usuarios de la ZBS.

Se realizará convocatoria mediante cartelería en todos los consultorios así como la oferta activa por parte del personal a los pacientes identificados como diabéticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad se fija un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción

Número de asistentes que consideran la actividad adecuada (nota media mayor de 7 en la encuesta de satisfacción) /

Número de asistentes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

Indicador 3: Conocimientos adquiridos por parte de los pacientes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes han mejorado sus conocimientos tras la actividad

Número de asistentes que han mejorado sus conocimientos (Nota mayor de 6) / Número de asistentes

Fuente de datos: Test de conocimientos pre y post formación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaborar encuesta de satisfacción en el primer cuatrimestre de 2019

Elaboración del test de conocimientos en el primer cuatrimestre de 2019

En el primer semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.

En el segundo semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.

Diciembre 2019 evaluación del proyecto (actividades realizadas, test de conocimientos y encuestas de satisfacción)

En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Presentaciones desarrolladas en el entorno power point ordenador y retroproyector (Pertenece al EAP).

Material (diapasón, doppler, monofilamento....) todo ello perteneciente al EAP.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2019_1012 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO PARA LA POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAYA MATEU YOLANDA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· IBARZO SANCHEZ CLAUDIO. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El uso de opioides para el tratamiento de dolores crónicos se ha visto incrementado de forma notable en los últimos años. Se trata de fármacos que pueden provocar un mayor número de efectos secundarios e interacciones además del incremento en el gasto que conlleva su uso indiscriminado. La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida en muchos casos con pluripatología y consecuente polimedición por lo que el uso de este tipo de fármacos en especial en patologías crónicas no oncológicas como la artrosis debe ser revisada. Partiendo de los datos actuales de consumo de estos fármacos según el nuevo indicador recogido en el AGC, dos de los CIAs superan el máximo establecido en los indicadores de farmacia (> 8% cuando el límite superior no debería sobrepasar el 5%) y en los dos restantes existen evidentes posibilidades de mejora. Todo lo anterior justifica el planteamiento de un proyecto de mejora que busca reducir en la medida de lo posible estas cifras de prescripción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disminuir la tasa de prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico, en la población mayor de 75 años. El objetivo es disminuir la prescripción mediante formación del personal para ajustar la prescripción a las necesidades reales y así ajustar las cifras a los márgenes de prescripción marcados en el indicador (5,45-2,44%)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a uso de opioides en dolor crónico no oncológico en mayores de 75 años. Está prevista al menos la realización de dos sesiones formativas, la primera antes de concluir el primer cuatrimestre de 2019.

Trabajar cada CIAs de forma individual según listados obtenidos del indicador tras el análisis del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro de lo posible los tratamientos que siguen, valorando su indicación y promoviendo una atención segura para pacientes que consideramos frágiles

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicador 1. Uso de fármacos opioides potentes en DCNO

Definición: Uso de fármacos opioides potentes en pacientes con Dolor Crónico NO Oncológico mayores de 75 años

Fórmula:

Numerador: Pacientes con prescripción/es activa/s de opioides potentes sin diagnóstico oncológico que tienen más de 75 años

Denominador: Pacientes mayores de 75 años sin diagnóstico oncológico.

Valor a alcanzar: < 4 % tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Realizar tres sesiones formativas a lo largo del año 2019. (Yolanda Naya / Joaquín Merino)

Realizar revisión estructurada de los listados de pacientes por parte de los facultativos antes de final de mayo de 2019

Monitorización semestral y análisis final anual.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos materiales: Sistema informático y retroproyector (disponibles en nuestra biblioteca) para las sesiones formativas

Aplicativo de cuadro de mandos para análisis de listados y resultados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_1014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DOLOR NO ONCOLÓGICO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE YOLANDA MORALES MERINO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABELLO GIRALDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AZON LOPEZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CARRILLO SORIA SANDRO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que constituye una violación de los derechos humanos básicos y que comporta graves consecuencias para las víctimas y los hijos si los hubiere. La violencia de género es la causa y la consecuencia de la desigualdad de género. Las mujeres del medio rural constituyen un colectivo más vulnerable a este problema por la propia idiosincrasia de su entorno. Por ello, se considera prioritario desarrollar un taller sobre este tema en nuestra zona de salud, que permita identificar el entorno sanitario como un marco donde la víctima pueda acudir y sentirse escuchada y no juzgada, garantizando en todo momento la confidencialidad y el respeto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Sensibilizar a la población adscrita a nuestro centro de salud en materia de violencia de género.
-Presentar el centro de salud de Villarroya de la Sierra y sus profesionales como un referente al que pueden acudir para pedir ayuda las posibles víctimas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Taller sobre violencia de género a desarrollar en los tres principales núcleos de población de la zona básica de salud (Villarroya de la Sierra, Aniñón y Cervera): Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas.
Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad al finalizar el taller.
Se publicitará con antelación las fechas y lugares de celebración de los talleres en todos los consultorios locales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Nº mujeres asistentes a los talleres en cada núcleo población/ total mujeres dicha poblaciónx100: estandar: 30
-Nº hombres asistentes a los talleres en cada núcleo población/total hombres dicha poblaciónx100: estandar:10
-Porcentaje de mejora post-test frente a pre-test: estándar 15
-Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estandar:80
-Fuente:OMI/BDU, pre y post-test repartidos y encuestas de satisfacción recogidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Desarrollo talleres:cuarto trimestre 2019.
-Responsable impartición talleres: la responsable del proyecto
-Duración de cada taller: 1h aproximadamente
-Presentación de resultados a EAP: Diciembre 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Responsable impartición de talleres
-Proyector y ordenador para presentación en power point
-Material de oficina para publicidad de los talleres e impresión de pre y post-test y encuestas de satisfacción.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

**TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA.
TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD**

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2019_1259 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO

2. RESPONSABLE ESTHER AZON LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABELLO GIRALDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CARRILLO SORIA SANDRO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MORALES MERINO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La violencia de género constituye una grave lacra social para cuya erradicación resulta esencial educar en igualdad desde la infancia y la implicación de todos los colectivos y clases política, judicial, policial, sanitaria, etc. El entorno sanitario debe propiciar el acercamiento de las posibles víctimas garantizando su adecuada asistencia física y psicológica y la derivación a los recursos pertinentes, bajo un ambiente de respeto y confidencialidad. Sin embargo, existen ciertos obstáculos que pueden dificultar la relación sanitario-víctima, por lo que resulta esencial la formación de los profesionales en habilidades que redunden en una mejor atención, todo ello sin olvidar la importancia trascendental de realizar un adecuado registro en la historia clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Sensibilizar a los profesionales del Centro de Salud Villarroya de la Sierra frente a la problemática que supone la violencia de género.
-Contribuir al desarrollo de habilidades en los profesionales sanitarios para poder abordar de forma efectiva los casos de violencia de género a que se enfrenten.
-Concienciar a dichos profesionales de la importancia de cumplimentar adecuadamente la historia clínica de las víctimas y las repercusiones legales que sus actuaciones implican.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charla dirigida a los profesionales sanitarios de Villarroya de la Sierra sobre violencia de género: Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas. Registro adecuado en OMI-AP (creación de episodio y cumplimentación de protocolo, parte de lesiones, implicaciones legales). Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género y cumplimentación de registro en historia clínica entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad realizada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº asistentes a la charla/ total profesionales : estándar: 100
-Porcentaje de mejora post-test frente pre-test: estándar 15
-Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estándar: 90
-Fuente: Pre-test y post-test de conocimientos y encuestas de satisfacción recogidas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Desarrollo taller: cuarto trimestre 2019.
-Responsable impartición talleres: A determinar entre los miembros del proyecto.
-Duración del taller: 1h aproximadamente.

9. RECURSOS NECESARIOS.
-Responsable impartición de talleres.
-Proyector y ordenador para presentación en power point.
-Material de oficina.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1259 (Acuerdos de Gestión)

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0012 (Contrato Programa)**

TELEDERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· JUSTE SERAL MARIA MAR. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La interconsulta virtual se ha implementado a lo largo de 2018 en todas las especialidades de nuestro hospital de referencia. El Servicio de Dermatología ocupa el tercer lugar en volumen de interconsultas virtuales. Con un promedio mensual de 140 interconsultas, se sitúa detrás de Oftalmología y Traumatología. A pesar de dicho volumen apenas consigue un 5% de resolución telemática teniendo demoras para primeras visitas entre 13 (enero 2018) y 32 días (octubre 2018). La teledermatología ha demostrado ser un instrumento útil para disminuir las listas de espera; en algunos estudios se habla de una reducción de hasta un 50%.

El proceso de atención es el siguiente: En el centro de salud hay un médico de familia referente en cirugía menor y telederma que trabaja con una agenda única para todo el Equipo. Este ve la lesión de la piel, fotografía la lesión clínica y la lesión vista con dermatoscopio, la adjunta a la HCE del paciente. En el mismo momento solicita una interconsulta virtual a la especialidad denominada "Unidad de Telederma" de OMI. El profesional dermatólogo usa la agenda de teledermatología para revisar las fotografías y escribir el diagnóstico y la pauta de tratamiento o seguimiento. En menos de 4 días el dermatólogo contesta dicha interconsulta y si así lo considera, cita a al paciente para una visita presencial.

Tras completar la formación en dermatoscopia durante 2018 en todos los Centros de Salud del Sector, dotarlos de un dermatoscopio y haber pilotado con éxito este procedimiento en un Centro de Salud, se pretende hacerlo extensivo al resto de los equipos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implementar la consulta de teledermatología en el sector de Calatayud.
- Disminuir la lista de espera a Dermatología
- Aumentar la capacidad resolutoria de Médico de Familia.
- Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE
- Aumentar la satisfacción del usuario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACCIONES

- Elección del líder en telederma en cada equipo.
- Creación de la agenda en OMI
- Creación del perfil del líder en BayDicom
- Pilotaje del proceso

FORMACION:

- Sesión de formación del procedimiento.
- Sesión de repaso actualización de conocimientos en dermatoscopia: 2 horas

INVESTIGACIÓN:

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la teledermatología por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS:

- Dermatoscopio con cámara fotográfica.
- Soporte informático y ofimático

CAMBIOS PREVISTOS:

- Manejo de la telederma como novedosa herramienta de comunicación entre AE y AP
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de los pacientes con lesiones dermatológicas.
- Disminuir la lista de espera a Dermatología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES:

- % de equipos con implantación de la consulta de teledermatología.
- % de lesiones con sospecha de malignidad remitidas.
- % de interconsultas a la Unidad de teledermatología de cada equipo implicado.
- % de interconsultas resueltas telemáticamente
- N° de días de reducción de la lista de espera a Dermatología
- % de interconsultas respondidas en menos de 96 horas.
- Satisfacción del MF, Dermatólogo y Usuarios.

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2019

Estructura

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0012 (Contrato Programa)**

TELEDERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

- Participación, equipamiento de los EAPs impliados en el proyecto
- Proceso
- Análisis y evaluación mediante cortes semestrales de estos indicadores
- Resultado
- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- I CUATRIMESTRE
- Creación de los líderes en cada Equipo
- Puesta en funcionamiento de todo el circuito
- II CUATRIMESTRE
- Despliegue del proyecto
- III CUATRIMESTRE
- Monitorización.
- Evaluación final

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Apoyo en sustituciones del personal del grupo de trabajo para el despliegue del proyecto
- Material de telemático
- Apoyo informático para la explotación de los indicadores planteados

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0009 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CODES GOMEZ JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ SANZ EVA ANGELINA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DE LUCAS BARQUERO ARIADNA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Insuficiencia Cardíaca (IC) constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares y presenta una elevada mortalidad: 50% a los 5 años del diagnóstico (peor que la mayoría de los cánceres). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca se van incrementando año tras año. Según el atlas de variaciones de la práctica clínica en hospitalizaciones evitables en pacientes crónicos, en 2015 constituyó la causa principal de hospitalizaciones evitables en Aragón. Actualmente es el primer motivo de hospitalización en mayores de 65 años, siendo responsable del 5% de todas las hospitalizaciones de nuestro país. En el Sector de Calatayud, según el Atlas VPM, la tasa estandarizada por edad y sexo de las admisiones por ICC por 10.000 habitantes mayores de 40 años en 2015 ha sido de 24,44 frente a la el Sector Zaragoza II 33,89 y Zaragoza III 19,29. Dada la participación de esta Dirección en la elaboración de un Proceso Asistencial en Insuficiencia Cardíaca (PAIC) junto con el Sector de Alcañiz, pretendemos implementarlo en todos los equipos del Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Difundir e implementar un Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardíaca (IC) en el Sector de Calatayud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

ACCIONES

-Nombrar en cada EAP un referente médico y un referente de enfermería en IC entre los propuestos por los coordinadores.

-Elaborar un registro de los pacientes diagnosticados de IC (K77) en nuestro Sector

FORMACION:

- Formación de los referentes en el curso ya editado por el IAAP "PROCESO ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA.

PUESTA EN MARCHA" con el código SCA-0041/2019 .

- Sesiones clínicas conjuntas AE/AP de casos clínicos

INVESTIGACIÓN:

- Proponer la elaboración de un estudio de investigación sobre la IC a los miembros del proyecto

RECURSOS:

- Soporte informático y ofimático

CAMBIOS PREVISTOS:

- Conocimiento de la IC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.

- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.

- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Cardiología y la AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES:

1. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta MF de AP

2. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta de ENF de AP

3. Promedio de ingresos/año

4. Cuestionario de calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) en el primer contacto y al final

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2019

Estructura

- Sesiones formativas, difusión del PAIC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

I CUATRIMESTRE

- Nombramiento referentes del PAIC de cada EAP

Proyecto: 2019_0009 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

- Formación referentes

II CUATRIMESTRE

- Difusión del proyecto por parte de los referentes en los EAPs

- Despliegue

IV CUATRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados

-Evaluación final

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Apoyo en sustituciones del personal del grupo de trabajo para el despliegue del proyecto

- Material de informática y ofimática

- Apoyo estadístico para la explotación del cuadro de mandos y de los indicadores planteados

- Reprografía

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2019_0046 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE Wafa Ben Cheikh El Aayuni
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· DE LUCAS BARQUERO ARIADNA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ESTERILIZACION
· PONCE LAZARO MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LAYUS ABAD MARIA CRISTINA. HIGIENISTA DENTAL. CS CALATAYUD NORTE. SALUD BUCODENTAL
· PEREZ TORNOS MARIA CARMEN. HIGIENISTA DENTAL. CS CALATAYUD NORTE. SALUD BUCODENTAL
· BERNAL TORRES MARIA BEGOÑA. TCAE. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el año 2014, la Dirección de Atención Primaria del Sector, ha puesto en marcha acciones de mejora para resolver las incidencias detectadas en las auditorías internas y externas del SGC ISO 9001:2008 relacionadas con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. La implantación del mantenimiento preventivo anual de todos los esterilizadores, la impartición de sesiones formativas a los responsables de esterilización y la dotación de todos los centros de un esterilizador clase B fueron algunas de las acciones de mejora realizadas. No obstante, la necesidad de un plan integral de mejora es imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal:

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.

Objetivos específicos:

1. Unificar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el sector.
2. Mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Crear un grupo de esterilización en Atención Primaria que integrará la técnico de salud como coordinadora del grupo, la supervisora de la central de esterilización del Hospital Ernest Lluch, una higienista, una auxiliare de enfermería y dos enfermeras.
2. Elaboración el procedimiento de limpieza desinfección y esterilización
3. Difusión del procedimientos: realización de un curso de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: límites superior e inferior: 80-100% ; valor a alcanzar: 90%
2. Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
3. Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
4. Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Creación del Grupo de trabajo de esterilización --> febrero 2019
2. Elaboración el procedimiento --> febrero 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
3. Curso "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria Sector Calatayud" --> febrero - marzo 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP (10 sesiones en total). Abril - junio 2019, responsables: responsables de esterilización que han recibido el curso anteriormente mencionado
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud (10 auditorías en total) --> Septiembre - octubre 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora --> octubre - diciembre 2019: DAP del sector

9. RECURSOS NECESARIOS.

1. Petición de acreditación del curso junto a las sesiones cónicas

Proyecto: 2019_0046 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

2. Desplazamiento para realización de las auditorías
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión ("no hacer")

Proyecto: 2019_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN FLEBOTOMIAS O SANGRIAS TERAPEUTICAS

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA AINA MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARANDA LASSA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ REMACHA BLANCA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· PATON FERNANDEZ RAMONA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LAS FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPEÚTICAS SON TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE SE APLICAN A LOS PACIENTES PARA TRATAR CIERTO TRASTORNOS DE LA SANGRE Y SON REALIZADOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN NUESTRO BANCO DE SANGRE. EN LA ACTUALIDAD, CARECEMOS DE UN PROCEDIMIENTO QUE DEFINA LAS ACTUACIONES ESTANDARIZADAS EN CUANTO A LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA QUE SE LLEVAN A CABO. CREEMOS QUE CON LA ELABORACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO PROPORCIONAREMOS UNA MEJOR ATENCIÓN GARANTIZANDO UNA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DESARROLLAR UN PROCEDIMIENTO ENFERMERO CON ACTUACIONES ESTANDARIZADAS PARA LA REALIZACIÓN DE FLEBOTOMIAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH QUE APLIQUE CRITERIOS UNIFICADOS. GARANTIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE LA TÉCNICA DE FLEBOTOMÍA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
- RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
- REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.
- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
- DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- EXISTE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
2- PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS A LOS QUE SE LES HA REALIZADO UNA FLEBOTOMÍA:
NUMERADOR: PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA FLEBOTOMIA Y RESPONDEN FAVORABLEMENTE A LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.
DENOMINADOR: PACIENTES TOTALES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMIA
EVALUACIÓN: SE EVALUARÁN TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA ESTA TÉCNICA EN UN MES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEGUNDO TRIMESTRE 2019:
- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
- RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR
TERCER TRIMESTRE 2019:
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
- REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.
CUARTO TRIMESTRE 2019:
- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
- DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.
- EVALUACIÓN DE RESULTADOS

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN FLEBOTOMIAS O SANGRIAS TERAPEUTICAS

Proyecto: 2019_0020 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA: PUESTA EN MARCHA

2. RESPONSABLE MARTA ORTIZ ENCISO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias. Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad del paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
- Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
- Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente y tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril 2019 a Marzo 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías quirúrgicas de todas las especialidades
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AYUNO PERIOPERATORIO DE LIQUIDOS CLAROS, APLICACION DE GUIAS CLINICAS

2. RESPONSABLE LETICIA ISABEL PEREZ PASCUAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- TORO NUNEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- NAIARA MARIN CAMERO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ANA NAVARRO BARLES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las guías recientes recomiendan un cambio en la política del ayuno desde el enfoque habitual "nada por boca desde la medianoche" a políticas más flexibles que permiten un periodo de ingesta restringida de líquido claro hasta alguna hora antes de la intervención quirúrgica. Las pautas de ayuno preoperatorio promidas por la ASA desde 1999 muestran ser eficaces para evitar la aspiración pulmonar del contenido gástrico, pero además tienen el beneficio de evitar el catabolismo y la deshidratación, mejorar el estado clínico y la sensación de bienestar del paciente; pese a ello estas guías no hay conseguido implantarse y vencer la cultura popular existente, a pesar de estar ratificadas por los estudios Cochrane de 2003, 2005 y 2006 y confirmados por la Sociedad Española de Anestesiología en 2017.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Implementar la guía de la SEDAR 2017 para ayuno preoperatorio de líquidos claros, seleccionando pacientes ASA I y II, que van a ser intervenidos de forma programada, EXCLUYENDO embarazadas, obesos, pacientes con hernia de hiato o patologías que aumenten el riesgo de broncoaspiración y mejorar así la suplementación de líquidos claros prequirúrgico
- Aumentar el conocimiento del personal clínico con respecto a los estándares de ayuno
- Valorar el impacto de dichas medidas en la calidad asistencial de nuestros pacientes quirúrgicos ingresados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Puesta en común con el personal de Enfermería y los distintos servicios quirúrgicos
- Elaboración de una hoja informativa sencilla para el paciente y personal clínico con el fin de facilitar su cumplimiento
- Comunicación al personal y publicación de los resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tiempo de ayuno de agua
- Adherencia de los pacientes al proyecto tras la implementación
- Incidencia de NYVPO
- Registro de episodios de aspiración
- Malestar/Satisfacción perioperatoria al respecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo de la hoja de información y comunicación y explicación de la misma al personal clínico en el mes de Mayo 2019, implementación y recogida de datos durante 6 meses y mantenimiento de las pautas ayuno recomendadas por las sociedades científicas de forma indefinida.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Intervención quirúrgica programada
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

2. RESPONSABLE CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO PIZONES SERGIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· TOMAY CEBRIAN PATRICIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· PELET BORDETAS MARGARITA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· BOIRA TORNIL CARLOS. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· ROMERO GARCIA ALVARO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO, EL PERSONAL SANITARIO ATIENDE TANTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA COMO EN URGENCIAS QUIRÚRGICAS TODAS LAS ESPECIALIDADES QUE SE ATIENDEN EN ESTE HOSPITAL EN TURNOS DE MAÑANA, TARDE Y NOCHE. ADEMÁS, CADA QUIRÓFANO DISPONE DE UN CARRO DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNJIBLE QUE VARÍA SEGÚN LA ESPECIALIDAD. LA NO EXISTENCIA DE UN DOCUMENTO ESTANDARIZADO DEL CONTENIDO Y ORDEN DE CADA CARRO IMPLICA PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y DE EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- DOTAR DEL MATERIAL NECESARIO LOS CARROS DE QUIRÓFANO (MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE)
2- NORMALIZAR EL CONTENIDO Y DISTRIBUCIÓN SELECCIONANDO STOCK Y CANTIDAD MÍNIMA
3- PRECISAR PERIODOS DE REVISIÓN CON LISTA DE CHEQUEO Y LIMPIEZA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
2- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN
3- DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN.
4- PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- % DE CARROS DOTADOS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE EN EL QUIRÓFANO
2- % DE CARROS QUE CUMPLEN CON EL CONTENIDO Y EL STOCK MÍNIMO
3- GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE CHEQUEO EN CUANTO A REVISIÓN, CADUCIDAD Y LIMPIEZA. ESTANDAR > 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2 TRIMESTRE: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN
3 TRIMESTRE: DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN. PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)
4 TRIMESTRE: EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1097 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H ERNEST LLUCH
 - Localidad CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - ESTRADA ESCRIBANO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - SANCHEZ MUÑOZ INES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - GRACIA ANDRES MIRIAM. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - GONZALEZ LOPEZ LORENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), es una prueba pedida frecuentemente en el Servicio de Cirugía. En este Hospital, no se dispone de los medios para su realización, por lo que el paciente, es remitido a Centros Hospitalarios de Zaragoza. Es necesario una coordinación entre centros, para una correcta preparación. En la actualidad la Unidad de Cirugía no dispone de un procedimiento "completo" sobre Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con Justificación, Indicadores...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Disponer en el H.Ernest lluch (Unidad de Cirugía) de un procedimiento sobre la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), aplicable a pacientes ingresados o ambulatorios.

- Realizar una correcta preparación y cuidados pre y post la prueba.
- Disponer de un procedimiento que permita trabajar a todos de la misma manera.
- Afecta a todos los pacientes que ingresen en este Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Reuniones en equipo facultativos y personal de la planta.
- Recoger información (De otros hospitales, internet, vías clínicas...).
- Una vez realizado se procederá a su difusión a través de comunicaciones.
- Evaluar resultados en un periodo de tiempo...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Valorar antes de la prueba:

- Si tiene un estudio de coagulación reciente, ausencia de tratamiento anticoagulante. y CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMADO POR MÉDICO Y PACIENTE)
- Colocar catéter nº 16-18, E.S.D
- Administrar el antibiótico pautado.

Valorar después de la prueba.

- El paciente permanecerá en ayunas 18-24 H
- Control de ctes C/4 H
- Administrar antibioterapia pautada
- Avisar al médico si:
(Hipotensión, frecuencia cardiaca >110 X minuto, temperatura > 37,8 ° C, dolor abdominal, hiperglucemia >250 mgr%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primer Trimestre:
(Reuniones del equipo)
- Segundo Trimestre:
(Elaborar un borrador, documentarlo...)
- Tercer Trimestre:
(Teminar la elaboración del Procedimiento. Puesta en marcha y difusión de este.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2019_1097 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLOS PREOPERATORIOS EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA PACIENTE SOMETIDOS A INTERVENCION ELECTIVA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ANA NAVARRO BARLES
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H ERNEST LLUCH
 - Localidad CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TORCAL AZNAR JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - LAMATA DE LA ORDEN LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - MARIN CAMERO NAIARA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - MUÑOZ ALCALDE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
 - GONZALEZ SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En general los pacientes programados en el servicio de Cirugía general de nuestro hospital ingresan la tarde previa a la intervención y son recibidos por el cirujano de guardia. Ante la inminente puesta en marcha de la prescripción electrónica hospitalaria en el Hospital de Calatayud consideramos que la creación de protocolos de ingreso puede ser muy conveniente para unificar nuestros criterios preoperatorios y disminuir el riesgo de error en la prescripción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Proyecto dirigido a los cirujanos generales del Hospital Ernest Lluch de Calatayud en el tratamiento de todos los pacientes que ingresan para cirugía electiva con el fin de:

1. Unificar criterios de prescripción quirúrgica en las diferentes intervenciones que se realizan de forma electiva.
2. Mejorar la adhesión de los profesionales al uso de la prescripción electrónica
3. Disminuir el riesgo de error en la prescripción farmacológica
4. Disminuir el riesgo de prescripción incompleta o inadecuada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Los protocolos que se elaboren deben cumplir los siguientes criterios:

1. Revisión de la guía clínicas de profilaxis antitrombótica quirúrgica y pauta de la misma según las características de cada paciente.
2. Revisión de los protocolos del grupo GERM
3. Pauta de profilaxis antitrombótica según el protocolo actualizado de la comisión de infecciones del hospital.
4. Solicitud de pruebas cruzadas cuando sea preciso
5. Revisión de posibles alergias del paciente.
6. En pacientes diabéticos: establecer el protocolo de insulina rápida corregido por peso del hospital
7. Revisión y pauta de la medicación actualizada de cada paciente.
8. Revisión de las comorbilidades del paciente y si precisa de cualquier medida especial.
9. Revisión de la evaluación preanestésica y cumplimiento de las indicaciones realizadas por el Servicio de Anestesia.
10. Pauta de fluidoterapia preoperatoria.

Una vez elaborados los mismos serán evaluados por el servicio de Cirugía general del H. Ernest Lluch y tras su completa aceptación serán entregados al servicio de farmacología para realizar una revisión conjunta y posteriormente añadirlos a la prescripción electrónica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se realizará un seguimiento cada tres meses durante el primer año de su implantación a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de manera programada en el hospital para comprobar si se han seguido los protocolos de prescripción electrónica preoperatoria; considerando satisfactorio la aplicación de los mismos en un 90% al final del primer año de su implantación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Antes de finales de mayo: Elaboración y aceptación, por parte de todo el equipo de Cirugía general del H. Ernest Lluch de Calatayud, de los protocolos de tratamiento quirúrgico para la prescripción electrónica.
Primera semana de junio: Entregar dichos protocolos al servicio de farmacia para ser incluidos en el programa de prescripción electrónica previo a su implantación en los servicios quirúrgicos
Análisis de su uso por trimestres durante el primer año de implantación, pudiéndose añadir mejoras o cambios al final de cada uno de estos trimestres.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLOS PREOPERATORIOS EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA PACIENTE SOMETIDOS A INTERVENCION ELECTIVA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Los protocolos deben revisarse e individualizarse según cada paciente al ingreso del mismo si fuese preciso, según la valoración del cirujano que recibe al paciente.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología correspondiente al servicio de cirugía general y aparato digestivo que requiera intervención quirúrgica electiva.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA MEDIANTE REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

2. RESPONSABLE CARMEN DE JUAN CEBOLLADA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVAS MURGA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MILLARUELO LADERAS MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA SE HA OBSERVADO UN ELEVADO INDICE DE ESTREÑIMIENTO EN LOS DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGIA, INCLUSO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. PARA EL PACIENTE, SUPONE UNA COMPLICACIÓN EN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN YA QUE PRESENTA PROBLEMAS DE INTOLERANCIAS, DISPEPSIA, MOLESTIAS GÁSTRICAS.....POR LO QUE SE TIENE QUE SOMETER A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y SU ESTANCIA HOSPITALARIA SE PROLONGA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- DISMINUIR LA TASA DE ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR FRACTURA DE CADERA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- ELABORACIÓN DE REGISTRO DE DATOS DE TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA EN LOS QUE SE REALIZARÁ UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CASOS QUE EVOLUCIONAN CON ESTREÑIMIENTO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FX DE CADERA QUE TRAS TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS CURSAN SIN ESTREÑIMIENTO

FORMULA:

NUMERADOR: N° DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FX DE CADERA QUE TRAS TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS CURSAN SIN ESTREÑIMIENTO

DENOMINADOR: N° TOTAL DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FX DE CADERA

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

MUESTREO: TOTAL DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FX DE CADERA EN UN AÑO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

REGOGIDA DE DATOS: HASTA NOVIEMBRE 2019

EVALUACIÓN DE RESULTADOS: DICIEMBRE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIRUGIAS FX CADERA
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0464 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo y la que consume un mayor gasto de los presupuestos en los Sistemas de Salud. El estudio Di@betes muestra que la prevalencia de personas con DM tipo 2 en España es del 13,8%. La incidencia de personas con DM tipo 1 es de 12-14 casos/100.000 habitantes/año. Además la diabetes es la comorbilidad más frecuente en otras enfermedades crónicas también muy prevalentes, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras.

La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Nuestro objetivo es la creación de un documento informativo de la DM para los pacientes en tratamiento con insulina y sus familiares para aumentar su nivel de ET, mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y prevenir la aparición de complicaciones y las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad.
- En él, explicaremos qué es la DM, cómo se debe controlar, cuáles son los tratamientos actuales, en qué consiste la inyección de insulina y cómo se deben tratar los episodios de hipoglucemia e hiperglucemia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Elaboración de un documento informativo que se entregará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta de Endocrinología del HELL y a los que se le inicie insulinización.
- Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en DM y presentación de folletos informativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del documento informativo de DM: (Nº de nuevos usuarios satisfechos* /nº de nuevos usuarios informados)x100.
Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Creación de documento informativo: abril-mayo de 2019,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2019
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde junio de 2019 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

Proyecto: 2019_0464 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0616 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS EN LA ALIMENTACION SALUDABLE DE PACIENTES DIABETICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE PERFECTA SANZ FOIX
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• BOSCA ALBERT BEATRIZ. MIR. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El control estricto de la glucemia ha demostrado reducir las complicaciones microvasculares de la diabetes. Numerosos estudios prospectivos y metaanálisis corroboran la tendencia a reducir las complicaciones macrovasculares en función del descenso de la HbA1c. Es fundamental la optimización del control metabólico desde el inicio de la enfermedad. El mayor beneficio se obtiene con la intervención multifactorial (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y obesidad) y no solo con el control glucémico. La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación. En las Guías de Práctica Clínica de DM1 y DM2 elaboradas y publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo se subraya la importancia de la ET en el tratamiento de la DM

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La educación diabetológica es una pieza fundamental del proceso de aprendizaje sobre una enfermedad tan prevalente como la Diabetes Mellitus. Se ha detectado desde la consulta de Endocrinología deficiencias en el conocimiento por parte del diabético de las bases de la alimentación. Es imprescindible que el paciente diabético las conozca para mejorar su control.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Realizar sesiones de educación en grupo a pacientes diabéticos ingresados en medicina interna y a sus familiares. Las sesiones se realizarán a cargo de la enfermera educadora en diabetes.
- Se hará una sesión de duración aproximada 2 horas en la biblioteca del hospital, una vez al mes, por las tardes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida: (Nº de nuevos usuarios satisfechos* /nº de nuevos usuarios informados) x100.
- Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio de sesiones: Febrero 2019
- Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2020

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0806 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MOISES URIARTE PINTO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAGARDOY VALERA IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
· ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
· DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· DE MARCO MURO MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA. INFORMATICO/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
· SEDILES ORTIZ JOSE. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.

En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...

Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso de utilización del medicamento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que limite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Carga y activación de los usuarios que van a poder emplear el programa (facultativos y personal de enfermería).
2. Formación de formadores: se impartirá desde Servicios Centrales una sesión de formación sobre el manejo del módulo de prescripción médica a farmacia y facultativos y del módulo de administración a farmacia, supervisoras y enfermería.
3. Implantación de la prescripción electrónica y del módulo de administración de enfermería en el servicio de Medicina Interna como servicio piloto.
4. Extensión del proyecto al resto de unidades, incluyendo la formación al personal que se vaya incorporando al proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Grado de implantación de la prescripción electrónica en el paciente hospitalizado a cargo de medicina interna.
(Censo de pacientes ingresados con tratamiento activo a cargo de medicina interna / Censo de pacientes ingresados a cargo de medicina interna) X 100

Fuente de Datos: Auditoria
Valor objetivo: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril - Mayo 2019: Formación
Mayo- Septiembre 2019: Implantación en Medicina Interna
Septiembre - Diciembre 2019: Extrapelación a resto de servicios

9. RECURSOS NECESARIOS.

Será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos y personal de enfermería.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_0806 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología que precise ingreso hospitalario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0037 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACREDITACION DEL HEMOGRAMA EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ESCOBAR RAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· MALO YAGÜE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUÑOZ PEÑA CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Desde el año 2011, el laboratorio de Análisis Clínicos cuenta con la acreditación según la norma ISO 15189. El laboratorio de Hematología, plantea incorporarse a esta misma acreditación con el objetivo de conseguir un sistema de gestión de calidad que garantice una mayor calidad de los resultados, entre otras cosas, este sistema permitirá identificar errores y riesgos reales y potenciales en el laboratorio de Hematología, a través de unos indicadores que se medirán y se actualizarán periódicamente mediante el sistema de gestión de calidad normalizado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Nuestro objetivo será conseguir la acreditación, según la norma ISO 15189, del hemograma y de la fórmula manual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión (informes de auditorías, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Los puntos a tener en cuenta y sobre los cuales se va a trabajar son:

- Detallar las condiciones preanalíticas que afectan al correcto funcionamiento en el proceso de la extracción de sangre al paciente (solicitud, correcta identificación del paciente, recogida, transporte preparación y almacenamiento de la muestra).
- Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos que se precisen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº de hemogramas no realizados por muestra coagulada.

Nº de hemogramas realizados por muestra insuficiente.

% de fórmulas manuales realizadas frente a nº de hemogramas totales realizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

De Marzo a Mayo se elaborarán los documentos de calidad.

De Mayo a Octubre se medirán los indicadores.

De Octubre a Diciembre se evaluarán.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Resultados analíticos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0891 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRONICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA DE MARCO MURO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CERDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- AGUILERA GARCIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

SEGÚN LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE NUESTRO HOSPITAL, A LOS PACIENTES INGRESADOS SE LES TOMAN CONSTANTES VITALES (TA, FC, SATURACIÓN DE O₂ Y T^a) SIEMPRE EN EL TURNO DE MAÑANA Y ADEMÁS, SEGÚN PAUTA FACULTATIVA CUANDO LO PRECISAN.

EN ALGUNAS OCASIONES HEMOS DETECTADO SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD DEL PACIENTE AL PASAR INADVERTIDAS VARIACIONES EN LOS VALORES DE LAS CONSTANTES.

POR EL TIPO DE PACIENTES DE LOS QUE SE TRATA, ESTAS VARIACIONES SON MUY IMPORTANTES PARA LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE SU PROCESO HOSPITALARIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- DETECTAR PRECOZMENTE LAS DESVIACIONES DE LOS VALORES NORMALES DE LAS CONSTANTES VITALES Y EVITAR ASÍ POSIBLES COMPLICACIONES EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.
- ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR TURNO SIN SER NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE AL AUMENTAR LA SUPERVISIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- MANTENER REUNIONES PERIODICAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD PARA DETECTAR ACCIONES DE MEJORA.
- IMPLANTAR UN SISTEMA DE REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN TODOS LOS TURNOS.
- INCLUIR EN LA GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD ESTA ACTIVIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % DE REGISTROS DE ENFERMERIA CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS (MUESTRA DE 25 HISTORIAS)
- % DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA VARIACIÓN DE CTES VITALES QUE HAYAN REQUERIDO INTERVENCIÓN FACULTATIVA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2019: REALIZACIÓN DE REUNIONES CON MIEMBROS DE LA UNIDAD Y PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
- TERCER TRIMESTRE 2019: EVALUACIÓN DE INDICADORES.

9. RECURSOS NECESARIOS.

EL REGISTRO DE LAS CONSTANTES SE REALIZARÁ EN LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA USADA HABITUALMENTE POR LO QUE NO ES NECESARIO NINGÚN RECURSO ADICIONAL.

10. OBSERVACIONES.

ESTO FACILITARÁ SU RÁPIDA IMPLANTACIÓN

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_1315 (Acuerdos de Gestión)

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H ERNEST LLUCH
 - Localidad CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - PRAT NAVARRO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que incluyen a la infección nosocomial (IN) clásica y a las infecciones adquiridas por pacientes de la comunidad en contacto con la asistencia sanitaria, afectan cada año a cientos de pacientes en todo el mundo. Son una consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, ocasionando una alta morbilidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.

En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital contraen IRAS, representando según el estudio ENEAS de 2005 un 25% de los eventos adversos, siendo más de la mitad de los casos evitables.

La importancia de las manos en la transmisión de las IRAS está demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que los rodean, y transmitidos de paciente a paciente, por lo que una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducirlas. Existen estudios de alta calidad en la literatura científica que describen que la frecuencia de IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de manos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario.
2. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario y no sanitario del hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Diseño y elaboración de una guía específica para el hospital sobre higiene de manos
2. Difusión de la guía en el hospital
3. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos
4. Realización con motivo del Día Mundial de Higiene de Manos una campaña especial de sensibilización y formación sobre la importancia de la higiene de manos
5. Evaluar la localización y accesibilidad de productos de base alcohólica (PBA) en relación a la infraestructura del hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de Servicios de Hospitalización con cartel informativo sobre técnica de Higiene de Manos

$$\text{Nº de Servicios de Hospitalización con carteles informativos} \times 100 / \text{Nº de Servicios de Hospitalización}$$

Rangos de cumplimiento: 60-80%

2. Porcentaje de personal de Servicios de Hospitalización que acuden a la impartición de formación el Día Mundial de la Higiene de Manos

$$\text{Nº de profesionales sanitarios y no sanitarios que acuden a la formación el Día Mundial de la Higiene de Manos} \times 100 / \text{Personal sanitario y no sanitario de hospitalización en turno de mañana}$$

Rangos de cumplimiento: 20-40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1 AÑO (Iniciando en Mayo de 2019)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Proyecto: 2019_1315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HIGIENE DE MANOS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y DIFUSION DE UN PROTOCOLO DE VACUNACION PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PRAT NAVARRO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes en situación de inmunosupresión, ya sea ésta causada por patologías, o, por prescripción de tratamientos inmunosupresores, son susceptibles a un riesgo de presencia o aumento de infecciones. Para disminuir ese riesgo existen estrategias de vacunación, ya recomendadas desde Salud Pública, a nivel nacional y autonómico. Las distintas sociedades médicas recomiendan a sus especialistas la necesidad de vacunación previa a la prescripción de fármacos inmunosupresores, indicaciones incluidas en las fichas técnicas de estos fármacos.
En dependencia de la causa que produzca la inmunosupresión, los pacientes se agruparán según su riesgo aplicándoles unas vacunas u otras.
En nuestro hospital está implementada desde hace años la consulta de vacunación a este tipo de pacientes pero no hay un protocolo establecido. Este hecho hace que los profesionales, más ante situaciones de movilidad, desconozcan el procedimiento, tanto los grupos de riesgo incluidos en el programa, como las serologías a solicitar previamente a vacunación, como la necesidad en determinados grupos de riesgo de vacunación de los convivientes, como la evaluación de inmunidad posterior a la vacunación, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realización de protocolo de vacunaciones para pacientes en grupos de riesgo.
- Difusión del protocolo a los profesionales implicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Búsqueda de bibliografía pertinente.
- Consenso con las especialidades implicadas médicas, quirúrgicas y Farmacia.
- Realización del citado protocolo.
- Presentación a Dirección para su aprobación.
- Difusión del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes que completan el protocolo según grupo de riesgo: Número de pacientes que completan protocolo de vacunaciones según el grupo de riesgo al que pertenezcan x 100 / Número de pacientes que inician vacunación de los remitidos a consulta de Medicina Preventiva
Rango de cumplimiento: 70-90%
- Porcentaje de pacientes con controles postvacunación anual:
Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad al año tras confirmación de inmunidad posterior a la primovacunación en las patologías que se puedan realizar serologías para este fin x 100 / Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad posterior a la primovacunación
Rango de cumplimiento: 70-90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año iniciándolo a partir de mayo de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Inmunosupresión por patologías o fármacos
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1417 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS
· MORENO RUIZ MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS
· MANRESA OROZ NOEMI. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS
· GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La broncoscopia requiere de una información previa para los pacientes ya que tienen que acudir acompañados, la prueba en sí requiere de sedación por lo que no pueden conducir ni abandonar la sala de endoscopias solos, ya que se pueden producir caídas por dicho efecto; al igual que con una preparación previa, como ayunas, no tomar anticoagulantes... para prevenir posibles broncoaspiraciones y sangrados. Si estas pautas no se cumplieran la prueba se anularía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Disminuir el número de personas que acuden solos a la prueba o sin preparar por lo que se tiene que anular dicha prueba.

-Evitar complicaciones post- broncoscopia, como por ejemplo neumonías por aspiración porque el paciente ingiera dieta tras prueba sin esperar a finalizar el efecto de la anestesia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

-Formación de grupo de trabajo.
-Recogida bibliográfica y reuniones de equipo.
-Elaboración de hoja de recomendaciones de enfermería al paciente que se le va a realizar una broncoscopia y cuidados post-broncoscopia.
-Difusión del procedimiento en el hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Numerador: Número de broncoscopias que se tienen que suspender por mala preparación (sin ayunas y sin acompañantes...).

Denominador: Número total de broncoscopias solicitadas.

Fuente: Agenda de broncoscopias.

Estándar: <5%

Numerador: Número de complicaciones post-broncoscopias.

Denominador: Número total de broncoscopias realizadas.

Fuente: Historia Clínica.

Estándar: 0%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Elaboración en el segundo trimestre.

Implantación en el tercer trimestre.

Evaluación en el cuarto trimestre.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MARIA SERAL MORAL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA
• GARICANO GUALLARTE LOURDES BEGOÑA. TCAE. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA
• GUTIERREZ LAZARO PILAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El estudio vascular carotídeo e intracraneal mediante ecografía, es una herramienta diagnóstica rápida, de bajo coste y no invasiva, fundamental en la evaluación del ictus, con implicaciones a la hora de establecer la etiología y conocer la repercusión cerebral del evento vascular acontecido.

Dentro de la formación especializada en Neurología se adquieren las capacidades/habilidades, necesarias para la realización de estos estudios y en la mayoría de los Hospitales de nuestra comunidad, esta prestación corre a cargo de los Servicios de Neurología, de forma que, es posible realizar una evaluación integral de la circulación extra e intracerebral y en un plazo de tiempo breve, aumentando así el rendimiento diagnóstico y la eficiencia de la prueba.

En nuestro centro, actualmente, este estudio se realiza por parte del Servicio de Radiología. Dada la carga de trabajo del mismo y la organización en la gestión de las citas, más rígida que la que se podría ofrecer desde Neurología (al tener que asumir y gestionar diferentes pruebas de todas las especialidades), hace que la demora para el acceso a este estudio sea prolongada tanto para pacientes ambulatorios, como, especialmente, de pacientes ingresados, repercutiendo en una mayor estancia media.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los objetivos del proyecto de mejora con la transferencia del estudio desde el Servicio de Radiología a la Sección de Neurología, son:

1. Mejorar el rendimiento/eficiencia de la Ecografía doppler para el estudio de la circulación cerebral extracraneal, al obtener una visión integral del enfermo con ictus, aunando la clínica del enfermo y la repercusión hemodinámica del evento acontecido, con el fin de establecer la etiología y administrar el tratamiento más adecuado y con la mayor celeridad posible.
2. Reducción de la demora para la realización del estudio carotídeo en el paciente ingresado. En el paciente hospitalizado permitiría reducir la estancia media, al conseguir manejar el AIT/Ictus menor en 24-48 horas mediante la autogestión de citas y reducir el número de ingresos al permitir altas directas desde el Servicio de Urgencias en aquellos pacientes de bajo riesgo de recurrencia o que acuden pasada la fase aguda.
3. Reducción de la demora para el acceso al estudio carotídeo en el paciente ambulatorio, con el fin de permitir dirigir al paciente hacia el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible y agilizar la resolución del problema de salud en las Consultas Externas de Neurología, disminuyendo así el número de citas necesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Realización del estudio ecográfico de troncos supraórticos por parte de la Sección de Neurología, tanto del paciente ingresado como del paciente hospitalizado.
2. Gestión de las citas de pacientes ingresados y ambulatorios por parte de las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Consulta de Neurología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Disminución de la estancia media en el paciente con Ictus menor/ AIT, desde la transferencia del estudio a la sección de Neurología, respecto al periodo anterior (últimos seis meses).
- Número de pacientes ingresados por ictus con estudio carotídeo en las primeras 24 horas (salvo pacientes que ingresan durante el fin de semana): 70%.
- Reducción del número de pacientes derivados para estudio hemodinámico a la Unidad de Patología cerebrovascular de HCU Lozano Blesa, respecto al periodo anterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Abril: Organización del horario y ubicación del ecógrafo para su uso. Gestión de citas.
Mayo-Octubre: Puesta en marcha de la realización del estudio de la circulación cerebral mediante Ecografía por parte de la Sección de Neurología
Noviembre-Diciembre: Análisis comparativo y valoración de los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Ecógrafo con sonda lineal para el estudio de la circulación extracraneal y sonda de baja frecuencia (2 MHz) para el estudio intracraneal.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0565 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

2. RESPONSABLE DANIEL GRACIA COLERA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• CAÑIZARES OLIVER SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• MENES LANASPA JAVIER. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• ELENA EGEA MERCEDES. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PICOT CASTRO MIGUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PINTOS RODRIGUEZ ANA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• SALVADOR ARROYO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La enfermedad de Chagas es provocada por el parásito *Tripanosoma cruzi*. Se propaga por la picadura de los insectos reducidos, o triatomíneos (chinches) y es uno de los mayores problemas de salud en Sudamérica. Debido a la inmigración, la enfermedad también afecta a personas en España.

La transmisión de la enfermedad madre-hijo durante el embarazo es una forma de transmisión muy importante. Puede ocurrir en cualquier momento de la infección y en cualquier momento del embarazo.

Cualquier mujer nacida en los países afectados o nacida en otra zona del mundo pero hija de una mujer nacida en los países afectados puede portar la infección sin tener síntomas. Y puede transmitirla durante el embarazo a su hijo. Lo más relevante de su cribado es que se puede detectar, tratar y curar al recién nacido si la ha contraído.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Identificar y seleccionar una población diana: Gestante procedentes de países endémicos, o que habiendo nacido en nuestro país son hijas de madres de este origen, y gestantes que han permanecido en estos países por un tiempo prolongado.

Diagnóstico precoz de la infección congénita, ya que el tratamiento es muy eficaz si se trata precozmente, además de ser tolerado en niños pequeños, mejor incluso que en niños pequeños y adultos.

Como beneficio adicional la detección y tratamiento de casos familiares en niños asintomáticos.

Someter la enfermedad a control epidemiológico, ya que en España todavía no hay implantada una estrategia a nivel nacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Incluir el test de cribado de enfermedad de Chagas en la analítica de primer trimestre del embarazo (o consulta preconcepcional), en las embarazadas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

* Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)

* Madre de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), aunque la madre haya nacido aquí.

* Estancia en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe) por tiempo prolongado (=1 mes), si bien se debe tener en cuenta el área geográfica (rural o urbana).

2.- Asegurar que en la anamnesis a todas las mujeres embarazadas que acuden para el control de embarazo se identifican los factores epidemiológicos citados con abjeto de hacer la oferta de cribado a las gestantes incluidas en la población diana.

3.- Investigar los factores epidemiológicos en el momento del parto o postparto a aquellas mujeres pertenecientes a la población diana a las que no se les haya ofrecido la prueba.

4.- Tratamiento precoz del recién nacido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de pacientes seleccionadas como población diana y a las que va dirigidas el cribado, número de casos detectados y tratados. Tasa de falsos positivos y negativos en las pruebas de laboratorio. Número de casos detectados entre familiares.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Recientemente se ha procedido a la solicitud propia de cada facultativo al cribado serológico de la Enfermedad de Chagas a principios de 2019. Implementación del cribado serológico de Chagas de manera homogénea y ajustada a la población diana por parte de todos los facultativos del servicio a partir de Abril de 2019. Información y ampliación de la solicitud de la prueba a los profesionales sanitarios que soliciten la batería de primer día

Proyecto: 2019_0565 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

del embarazo con las pruebas serológicas desde atención primaria (matronas, médicos de atención primaria).

El equipo se reunirá con el servicio de pediatría para poner en conocimiento los casos de detección precoz de Chagas para su posterior tratamiento precoz después del parto y elaboración de un programa de identificación de casos familiares.

Recogida de datos epidemiológicos a finales de 2019 para elaboración de un primer documento epidemiológico de la enfermedad de chagas en el área sanitaria de Calatayud.

9. RECURSOS NECESARIOS.

El cribado serológico de la embarazada es factible dentro del SNS no solo como vía de prevención secundaria en el Chagas o primaria en otras enfermedades de transmisión vertical si no como indicador de la situación epidemiológica de una enfermedad emergente como esta.

En pocas situaciones se puede optimizar más los recursos que en este caso puesto que con la misma extracción serológica de cribado de primer trimestre (misma cita, mismo volante serológico, mismo material de extracción y recursos humanos profesionales) se puede implementar la detección de una enfermedad evitable y tratable, no solo para el recién nacido, sino para la madre y los supuestos casos familiares.

10. OBSERVACIONES.

Recalcar que si bien la enfermedad de Chagas no es un problema de salud prevalente, si se ha convertido en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de áreas endémicas, pudiendo llegar a constituir un problema de salud pública debido a las vías de transmisión vertical y por transfusión sanguínea.

Todas las sociedades científicas recomiendan el estudio a estas mujeres embarazadas incluidas en la población diana.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE LORENA DURAN ALGAS

- Profesión MATRONA
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MENES LANASPA JAVIER. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PICOT CASTRO MIGUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PINTOS RODRIGUEZ ANA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MARTINEZ ESTERAS PAULA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
- CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el registro de la actividad obstétrica se realiza en muchos hospitales en el clásico libro de partos de papel aprobado en 1986, que recoge un limitado nº de variables, cuyas anotaciones en muchas ocasiones son difíciles de leer o se quedan sin rellenar.

A día de hoy en Aragón, no hay ningún registro estandarizado informatizado común que permita saber la realidad de la actividad obstétrica y su calidad, impidiendo compararse con otros centros del mismo nivel o con la media aragonesa o estatal.

Además, la OMS ha publicado una declaración dentro del HPR (Human reproduction program) en la que, preocupada por la variabilidad en la tasa de cesáreas y su incremento progresivo, insta a controlar esta práctica y propone la estandarización y universalización de los criterios de Robson, los cuales podrían ser fácilmente valorados mediante un sistema informatizado del libro de partos. Dichos criterios son un sistema propuesto por el Dr. Robson en 2001 que estratifica las mujeres según sus características obstétricas en 10 grupos y en consecuencia permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con un menor nº de factores de confusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son las mujeres que acuden a nuestra área de partos y que generan la actividad obstétrica del Hospital Ernest Lluch, centro de referencia del sector sanitario Calatayud.

Esta iniciativa recoge el testigo e integra otras iniciativas de mejora del servicio ya finalizadas (ph calota fetal y versión cefálica externa) como un "continuum" para estadística, análisis de datos, toma de decisiones, cambios asistenciales y una nueva reevaluación en el tiempo (Círculo de Deming)

El objetivo principal es tener un registro de partos fiable y seguro en el que se recogen todas las variables que pueden dar lugar a indicadores de actividad y calidad y que permita tomar medidas ante cualquier desviación detectada.

El objetivo secundario es elaborar la tasa de cesáreas por grupos de Robson, para detectar variaciones estadísticas sin posibilidad de subjetivación de los resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Para elaborar el registro de parto informatizado se realizará una reunión con los miembros de la unidad implicados (ginecólogos y matrones) estableciendo los ítems a incluir, tras lo cual se diseñará el borrador del programa informático. En una 2ª reunión de los mismos, se presentará el prototipo y se matizarán modificaciones y/o la incorporación de nuevos ítems para obtener el modelo definitivo que se presentará en una 3ª reunión e implementará a partir de la misma y desde entonces se registrarán todos los partos en soporte informático y papel.

El registro informatizado podrá ser modificado en las 24h posteriores al parto quedando constancia de la modificación realizada y se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña a título personal. Los titulares de las mismas serán los matrones/as y ginecólogos/as de la unidad.

A partir de todo lo registrado se puede solicitar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos.

Anualmente, se emitirá un informe estadístico que recoja aquellos datos considerados importantes. Emitiendo un informe de actividad global y de cesáreas según los grupos Robson.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos respecto:

- Tasa de inducciones y su resultado final.
- Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea.
- Tasa de versión externa cefálica ofrecida, denegada, fallida y exitosa.
- Tasa de ph calota fetal, y tipo de parto tras la misma.
- Tasa de cesáreas según grupos Robson: Su manejo como indicador interno es útil, pero para su uso como comparativo necesitaría de su universalización para poder tomar decisiones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1ª reunión del equipo obstétrico: 1ª quincena febrero 2019.

Borrador de libro de partos informatizado: 2ª quincena 2019.

2ª reunión del equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones: 1ª quincena marzo 2019.

Implementación del libro de partos informatizado definitivo; 2ª quincena marzo 2019.

Proyecto: 2019_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

El proyecto se llevará a cabo desde la 1ª quincena febrero 2019 y concluirá la memoria de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Programa diseñado y aplicación FileMaker Pro 15 cedida por el Dr. Manuel Farrer Velázquez.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0639 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MANUEL FARRER VELAZQUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DURAN ALGAS LORENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ ESTERAS PAULA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las últimas décadas, la asistencia al embarazo ha ganado notablemente en eficacia y seguridad a cambio de una mayor complejidad en el seguimiento del mismo. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que están sujetas a un estricto y dinámico cronograma a aplicar en función de diversas variables.

A fecha de hoy se dispone en Aragón de una Historia Electrónica del Embarazo (HEE), pero es de nivel básico, y no aporta elementos de cálculos complejos para el seguimiento del mismo, ni facilidades para elaboración de un cronograma personalizado/lista de tareas para las gestantes, el cual, efectúe de forma automatizada y en tiempo, la cumplimentación de las peticiones de forma fiable, de manera que minimice las posibilidades de error en la cumplimentación de estas, reduzca el tiempo de consulta dedicado a estas tareas "administrativas" y permita dedicar mas tiempo a las gestantes, es decir, mejorar la seguridad asistencial, humanización y eficacia.

Se pretende que este proyecto de aplicación informática sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la Obstetricia y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del responsable del proyecto con más de 30 años de experiencia en Obstetricia y Ginecología, y programación en Informática Médica.

Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y la tecnología, esta programación informática hace que estos cambios sean de fácil adaptación.

Otro motivo para su uso sería el derivado de la alta volatilidad del personal de enfermería de consultas, lo cual aumenta la posibilidad de errores de cumplimiento de cronograma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son las gestantes atendidas en el Sector de Calatayud que generan la actividad de la consulta de Obstetricia del Hospital Ernest Lluch.

El objetivo principal, es el uso de la aplicación para organizar la asistencia de forma más segura y fiable, que permita la elaboración de un cronograma/lista de tareas personalizado, que genere automáticamente todas las peticiones necesarias según los algoritmos, además de su recogida en una lista personalizada que distinga entre eventos recuperables e irrecuperables cuando se inicie el control del embarazo de forma tardía.

Por ende, su uso van a generar un registro de todas esas acciones realizadas, lo cual conduce a nuestro objetivo secundario, que sería elaborar estadísticas de dichas variables almacenadas para su análisis mediante el círculo de calidad continua de Deming, que a su vez, permitirán tomar medidas ante cualquier desviación detectada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una 1ª visita se abre un nuevo episodio de embarazo y se recogerán una serie de variables sobre la gestante, algunas dadas por el programa. Según sistemática habitual se realiza una ecografía para datación preliminar y con la fecha que nos proporcione se generará automáticamente un cronograma/lista de tareas con todas y cada una de las acciones a realizar durante todo el embarazo, la cual se reajustara con la datación definitiva dada por la ecografía de semana 12 y que incluirá todas y cada una de las peticiones, recomendaciones, consentimientos, derivaciones y citas a realizar durante todo el embarazo. Además se imprimirá una hoja resumen del cronograma para su inclusión en la historia clínica.

Se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña personal. Los titulares de las mismas serán los ginecólogos/as y enfermeros/as de la consulta de obstetricia.

A partir de todos los datos registrados se puede realizar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos de las gestantes.

Anualmente, se emitirá un informe en el que se recogen dichos datos, tratados de forma estadística.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-Tasa de utilización de la aplicación con respecto al total de gestaciones atendidas.

-Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea, recogido a su vez en el libro electrónico de partos.

-Tasa de versión externa cefálica ofrecida y denegada.

-Seguimiento de cribado prenatal y tasa de NIPT y amniocentesis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1ª Reunión con el equipo obstétrico y elaboración del 1º borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019.

2ª Reunión con el equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones si procede: 2ª quincena marzo 2019.

Proyecto: 2019_0639 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Implementación de la aplicación definitiva; 1ª quincena abril 2019.

Este proyecto se llevará a cabo desde abril 2019 y concluirá con una memoria anual de actividad realizada del 2º al 4º trimestre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Programa diseñado mediante FileMaker Pro 15. Creado y cedido por el Dr.Farrer Velázquez

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0646 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MARIA JOSE IBAÑEZ HERNANDEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

• FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• BAGUENA BERNE MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• PEREZ CORDON LAURA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
• GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
• DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las últimas décadas la asistencia en la consulta de Ginecología ha ganado en eficacia y seguridad a costa de una mayor complejidad de la misma. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) a aplicar en función de diversas variables.

A fecha de hoy en Aragón, no se dispone de una Historia Electrónica (HE) completa, y aunque está en fase de introducción la evolución clínica informatizada, es de nivel básico ya que no aporta elementos de cálculos complejos para aplicación de protocolos, solicitud de perfiles específicos ni facilidades para el desempeño de los mismos según una lista de tareas para los distintos procesos clínicos, de enfermería y administrativos, que de forma automatizada y en tiempo permitan cumplimentar peticiones de forma fiable para minimizar posibles errores, reduzca el tiempo de consulta dedicado a tareas "administrativas" y permita dedicar mas tiempo a las pacientes. Es decir, mejora la seguridad asistencial, humanización y eficacia. Se pretende que este proyecto sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la consulta de Ginecología y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del primer colaborador del proyecto con más de 30 años de experiencia en obstetricia, ginecología y programación en Informática Médica. Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y tecnología, esta programación informática con lenguaje de alto nivel, próxima al lugar de trabajo, hace que estos cambios sean de fácil adaptación. Este proyecto da forma a una iniciativa que comenzó hace 19 años con más de 80.000 usos desde su inicio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son las pacientes que generan la actividad de la consulta de Ginecología del Hospital Ernest Lluch (Sector de Calatayud)

El objetivo principal, es el uso de la aplicación informática "Fichas gine" que de forma paralela a la HE permita (como un "Plug in" de software en el equipo local), en función de determinadas variables, elaborar peticiones y su recogida en una ficha personalizada para organizar la asistencia de forma más segura y fiable. Su uso genera implícitamente un registro de todas esas acciones que darán lugar a indicadores de actividad y calidad.

Otro objetivo sería, elaborar estadísticas con las variables almacenadas, su análisis con la metodología del círculo de calidad continua de Deming, que a su vez permita tomar medidas ante desviaciones detectadas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una consulta se abre una nueva ficha donde se recogen una serie de variables: Por un lado los datos de filiación aportados por la aplicación y por otro, introduciremos variables de interés clínico, como motivo de consulta y pruebas solicitadas, en muchos casos por perfiles específicos según protocolo. Al quedar consignadas estas peticiones en las fichas, permite al personal de enfermería el control de recepción de las pruebas como mecanismo de seguridad.

La aplicación aporta numerosas utilidades para facilitar el desempeño de la consulta como la cumplimentación de impresos como:

Petición de Citología/Mamografía/ecografía mamaria/Histerosalpingografía.

Petición de ecografía y realización del informe.

Petición individualizada a Farmacia de Anticonceptivos de larga duración

Petición de Laboratorio para su uso discreto o mediante perfiles (Estudio Básico de Esterilidad (EBE), EBE del varón, Marcadores tumorales, estudios hormonales, hirsutismo, etc)

Cumplimentación del impreso de petición de Densitometría Ósea y su Anexo 2.

Cumplimentación del preoperatorio (Laboratorio, Rx tórax, ECG informado, consulta de anestesia, consentimiento informado para inclusión en Lista de Espera Quirúrgica y "Ficha Rosa" para registro y admisión.

Hoja de tratamiento al ingreso quirúrgico

Gestión del Volante M69 de uso muy diverso

Petición de pruebas especiales

Informes para MAP y/o mutuas

Visado de medicamentos para Inspección

Instrucciones de uso de determinados medicamentos

Cartas

Consentimientos informados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2019_0646 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos de la tasa de uso de la aplicación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1ª reunión del equipo obstétrico y borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019

2ª reunión del equipo obstétrico: Presentación del borrador y rectificaciones: 2ª quincena marzo 2019

Implementación aplicación definitiva: Abril 2019

El proyecto se iniciará en Abril de 2019 y concluirá con una memoria anual de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Programa diseñado mediante FileMaker Pro 15, autoría y cesión: Dr. Farrer Velázquez

Doble teclado, ratón y monitor existente en la consulta

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ginecología y Planificación Familiar
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0859 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO SERRANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras los recientes cambios y mejoras incluidas en el Cribado Combinado del Primer Trimestre (CCPT) en Aragón, como ha sido el Test Prenatal No Invasivo en riesgos intermedios, el cambio de plataforma informática y el Cuádruple Test, creo de interés poder recoger datos de las gestaciones cribadas y sus resultados posteriores, para poder definir la sensibilidad del cribado en nuestro centro y conocer nuestros puntos fuertes y nuestros puntos críticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar seguimiento de las gestaciones, comenzando en 2019, desde el CCPT hasta la finalización del embarazo, analizando la sensibilidad del cribado, los falsos positivos o negativos presentados, para poder compararnos con los estándares requeridos.
De forma secundaria y si es posible, descubrir dónde se pueden encontrar las deficiencias del cribado en nuestro centro para subsanarlas.
La población diana son todas las gestantes controladas en nuestro hospital, y la intervención a realizar el CCPT.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El CCPT es universal en Aragón, pero no disponemos de los resultados obtenidos en nuestro hospital.
El proyecto involucra tanto a Laboratorio como al Servicio de Obstetricia, contando además con la plataforma informática que nos presta servicio (SSD6). A través de reuniones trimestrales entre los miembros del equipo, se revisarán los cribados realizados y si hay algún dato que se desvíe de forma llamativa de los estándares.
Tras la obtención de los datos, podremos ofrecer información real de la sensibilidad del cribado en nuestro centro y mejorar la misma, obteniendo así retroalimentación de nuestro trabajo, que tan necesaria es para mejorar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Sensibilidad real del cribado.
Tasa de falsos positivos y negativos obtenidos. Revisión de los casos.
Valorar desviación de los estándares del cribado: bioquímica, ecografía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comenzar con los cribados realizados en el nuevo programa SSD6 (mediados de enero 2019)
Se requerirán al menos 6 meses para comenzar a tener resultados de la evolución de las gestaciones. Habrá reuniones trimestrales/ cuatrimestrales (aproximadamente Abril, Septiembre, Diciembre) para evaluar los resultados.
Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

9. RECURSOS NECESARIOS.
Programa informático SSD6
Tratamiento de los datos con programa estadístico para la presentación de resultados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_0871 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

2. RESPONSABLE SILVIA CAÑIZARES OLIVER

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
- SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
- DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL. INFORMatico/A. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el desarrollo de los medios informáticos y el avance de la historia clínica electrónica es innegable, y la aportación a la misma de los informes de las ecografías obstétricas nos parece un aspecto necesario para complementar un correcto seguimiento del embarazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Conseguir la informatización de todas las ecografías obstétricas y la consiguiente introducción de la misma en la historia clínica electrónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

En la actualidad los informes de las ecografías están disponibles en la historia física, sin poder ser consultados en la historia clínica electrónica. La oferta de servicios será la misma, pero la accesibilidad al informe puede ser muy ventajosa, tanto en nuestras consultas como en las derivaciones realizadas a nuestro centro de referencia o en las consultas de gestación realizadas desde atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Como indicador principal, la tasa de informatización de informes en las ecografías de primer trimestre y la ecografía morfológica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El inicio de la informatización comenzaría en abril, tras la aprobación del informe y la disponibilidad del mismo en la historia clínica electrónica. El equipo se reunirá cuatrimestralmente para expresar dudas, problemas o deficiencias del sistema. A final de año se presentarán los resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Informe de ecografía primer trimestre y morfológica.
Tratamiento de los datos con programa estadístico para la presentación de resultados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_0872 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCION DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO

2. RESPONSABLE RAQUEL GARCIA SIMON

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAL ARAHAL MARIA TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- FRANCO SERRANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El tratamiento médico del aborto es una opción terapéutica segura y eficaz, ofertada desde hace un tiempo a nuestra población. La novedad es la reciente aprobación de la mifepristona en nuestro centro, fármaco que aumenta las tasas de éxito del tratamiento. Creemos interesante conocer los resultados desde la introducción de este fármaco, así como la satisfacción de nuestras pacientes con esta opción

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Como objetivos nos hemos propuesto conocer las tasas de éxito del tratamiento médico del aborto, que según las recomendaciones de diferentes sociedades y organismos es el método de elección, por seguridad y repercusiones posteriores. Creemos también interesante conocer el grado de satisfacción de nuestras pacientes y los motivos por los que no desean el tratamiento médico en caso de elegir el legado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Como ya se ha expuesto, el tratamiento médico ya se oferta en nuestro centro, pero la novedad es la incorporación de la mifepristona al mismo.

El proyecto consiste en obtener una base de datos con los abortos diferidos diagnosticados en nuestro centro, los tratamientos ofertados ajustados a la situación clínica, el resultado posterior y el grado de satisfacción medido mediante una encuesta básica entregada el día del alta del proceso.

El equipo se reunirá trimestralmente, para comprobar la correcta recogida de datos y resultados preliminares, y así subsanar posibles errores.

De esta manera podremos conocer nuestros resultados, las tasas de éxito del tratamiento médico y el grado de satisfacción, y así tener la oportunidad de mejorar en la atención a nuestras pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Como indicador principal, la tasa de éxito del tratamiento médico del aborto diferido, entendiéndolo como fracaso la necesidad de realizar legado evacuador.

Como indicadores secundarios, se analizarán los casos que han requerido segunda tanda de tratamiento médico, y el grado de satisfacción subjetiva de nuestras pacientes, medidas con una breve encuesta entregada el día del alta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Comenzar recogiendo los datos y elaborando una base de datos de abortos diferidos desde abril de 2019.

Tras la recogida, realizar reuniones de equipo trimestrales para poner en común los datos y ver los puntos fuertes y débiles del proyecto, para así mejorarlo (aproximadamente junio, septiembre, diciembre).

Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Base de datos de abortos diferidos diagnosticados y/o tratados en nuestro centro.

Encuesta de satisfacción.

Tratamiento de los datos con programa estadístico para la presentación de resultados.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0872 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCION DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO

Proyecto: 2019_0723 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS CRONICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA

2. RESPONSABLE SILVIA DIAZ PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOGOLLON DAZA MELISSA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
· PEREZ ROCHE TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente uno de los aspectos que son susceptibles de mejora en nuestro servicio es la importante demora existente en las citas de revisiones programadas, especialmente en las pendientes de revisión de 6 o más meses. Con objeto de disminuir dicha demora, se llevará a cabo la revisión y realización de protocolos para el manejo de algunas circunstancias clínicas con el objeto de unificar criterios y en lo posible aumentar el número de altas entre nuestros pacientes, priorizando en las revisiones programadas aquellas patologías donde una demora significativa podría conllevar un empeoramiento franco en la situación del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar y elaborar nuevos protocolos para disminuir la variabilidad en el manejo de algunas patologías oftalmológicas, para poder aumentar el número de altas en algunas circunstancias crónicas y estables, de manera que de forma indirecta disminuya la presión y demora en el día a día de las consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se analizará la situación actual de la demora media de las revisiones en consultas, a partir de los datos aportados por el servicio de citas. Se identificarán las patologías crónicas y situaciones clínicas en las que, tras su manejo inicial por el servicio de Oftalmología, pueda llevarse a cabo un seguimiento posterior a nivel de atención primaria. A través de sesiones entre los facultativos del servicio, se revisarán y actualizarán los protocolos de actuación y seguimiento de dichas patologías, unificando criterios entre los distintos miembros del servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Comparación de los porcentajes de altas en los meses previos a la aplicación de los protocolos revisados y los obtenidos posteriormente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde enero a diciembre de 2019. Enero a abril: identificación de la situación de partida y elaboración de protocolos actualizados para las circunstancias y patologías previamente definidas. Aplicación del proyecto a medida que se van elaborando los protocolos, y evaluación e diciembre. Todos los miembros del equipo.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0893 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS EN CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE MELISSA MOGOLLON DAZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIAZ PEIRO SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
· PEREZ ROCHE TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente el 100% de los pacientes candidatos a cirugía de catarata en nuestro servicio, se les solicita estudio preoperatorio que consta de Analítica sanguínea, electrocardiograma y radiografía de torax. Debido a que la radiografía de torax no es una prueba preoperatoria imprescindible en todos los casos, proponemos disminuir el número de peticiones de la misma reduciendo así el riesgo de radiación a nuestros pacientes. se propone indicar la radiografía de torax preoperatorio segun protocolos discutidos y ampliados en la SEDAR (sociedad española de anestesia y reanimación terapeutica del dolor)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir el número de pruebas radiológicas (y el riesgo de radiación que esto supone)
Reducir el coste económico
Reducir el tiempo de consulta preanestésica
Reducir el número de consultas / pruebas que debe realizar el paciente antes de operarse de cataratas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Protocolizar, conjuntamente con el servicio de anestesia la solicitud de radiografía de torax preoperatoria en cirugía de cataratas
Se le indicará al paciente las pruebas preoperatorias segun los criterios de enfermedad pulmonar o cardiaca acordados con el servicio de anestesia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que requieren radiografía de torax en su estudio preoperatorio
Porcentaje de pacientes que NO requieren radiografía de torax en su estudio preoperatorio
Comparar el porcentaje de radiografías preoperatorias realizadas en 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunion entre servicio de oftalmología y anestesia para protocolizar estudio preoperatorio (abril 2019)
Iniciar el nuevo protocolo de estudio preoperatorio a partir de mediados de abril 2019
Reevaluacion de protocolo preoperatorio, junio 2019
Valoracion de resultados. diciembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
El servicio de oftalmología cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo este proyecto

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
· PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO QUIRURGICO DE CATARATA

2. RESPONSABLE SANTIAGO MARTINEZ MARTINEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DIAZ PEIRO SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
- MOGOLLON DAZA MELISSA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA
- PABLO GORMEDINO MARIA DEL MAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Hoy en día en el Hospital Ernest Lluch existen protocolos quirúrgicos para la intervención de catarata, que no reflejan la actividad diaria de dicha cirugía.

Interesa la actualización de este procedimiento para estandarizar las actuaciones enfermeras que se deben realizar en nuestro servicio reflejando así nuestra actividad correctamente y mejorando la atención en el paciente que va a ser intervenido de catarata.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Mejora de la asistencia sanitaria para:

- Describir y recoger las técnicas y materiales utilizados por el personal de enfermería y especialistas.
- Unificar criterios de actuación entre los profesionales.
- Disminuir técnicas innecesarias en la asistencia al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Actualización y mejora del protocolo pre y postoperatorio basado en la evidencia y adaptado a los recursos y tecnología del hospital.
3. Difusión a través de la Intranet del hospital y mediante sesión clínica dentro de la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- Existe un documento actualizado sobre el procedimiento de intervención de catarata.
- 2- % de pacientes intervenidos con registro del procedimiento.

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes intervenidos de catarata con registro del procedimiento

Denominador: N° total de pacientes intervenidos de catarata.

Evaluación: muestra aleatoria de 25 pacientes.

Estandar: >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1 año

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE ANA MARIA BLANCAS COSTEA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• VALERO SANCHEZ SONIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
• URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
• JIMENEZ ALHAMBRA MANUELA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
• MOLIAS QUILEZ LAURA. TCAE. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
• RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
• SERRANO GARCIA CRISTINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
• REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA. TCAE. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la actualidad, en nuestros servicios se manipulan gran cantidad de sustancias, tanto antineoplásicos, como de tipo hormonal o biológico. Destacar que los avances científicos, traen consigo el surgimiento de nuevos productos y de nuevas aplicaciones de los existentes; así como la administración de los mismos en nuevos escenarios (ej. Domicilio).

La exposición a citostáticos en el ámbito sanitario no implica exclusivamente al personal sanitario (áreas de preparación de citostáticos -farmacia- y de administración -enfermería) sino que también puede afectar al personal de transporte y tratamiento de residuos, así como personal auxiliar y de la limpieza, por contacto con excretas de pacientes sometidos a quimioterapia o en caso de accidentes (vertidos, salpicaduras o punciones).

Estos hechos justifican la elaboración de un procedimiento actualizado de actuación ante derrames y exposición accidental a agentes citostáticos para el Hospital de Día Oncológico y el Servicio de Farmacia del Hospital de Calatayud; por ser los servicios cuyos profesionales están en contacto con agentes citostáticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer un procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticas en nuestro Hospital.
- Preparación de un kit de derrames, que se ubicara tanto en el Servicio de Farmacia como en el Hospital de Día Oncológico de nuestro Hospital.
- Difusión del procedimiento a personal, tanto sanitario como no sanitario, de ambos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de bibliografía en referencia al procedimiento a realizar.
- Elaboración del procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticos.
- Elaboración del algoritmo de actuación.
- Preparación del kit de derrames.
- Difusión del procedimiento a los trabajadores de ambos servicios (farmacia y hospital de día-oncología)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Los indicadores que se usaran en la evaluación son los siguientes:

- Registro derrames: nº derrames registrados/ nº derrames totales X 100
- Seguimiento protocolo, en caso de derrame; y evaluación, en caso de haberlo utilizado: nº derrames con seguimiento correcto protocolo / nº derrames totales X 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:

- Abril: Revisión de literatura.
- Mayo - Agosto: Síntesis de información recogida, y elaboración del procedimiento; y en base a esto se preparará el kit de derrames.
- Septiembre: Difusión y puesta en marcha.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Material necesario que se necesario para la preparación del kit de derrames.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2019_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROYECTO DIGIDO A LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE SONIA VALERO SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
- MOLIAS QUILLEZ LAURA. TCAE. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
- SERRANO GARCIA CRISTINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
- JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- PAJARES BERNAD ISABEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
- GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El cáncer es un problema de salud cada día más frecuente por lo que requiere un abordaje multidisciplinar, tanto en diagnóstico como en tratamiento.

El cáncer, por sus características y la complejidad del tratamiento, hace que el paciente y familia requieran gran cantidad de recursos y asistencia sanitaria recurrente.

Como consecuencia del aumento del número de pacientes atendidos en Hospital de Día Oncológico y del incremento de las necesidades de apoyo e información por parte de los mismos y la familia, se plantea crear un espacio donde dar respuesta a dichas necesidades.

Este espacio será la Consulta de Enfermería Oncológica; que supone un nuevo reto para el profesional de enfermería del Hospital de Día de Oncología.

El propósito será el abordaje integral del enfermo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que se termine su proceso con el alta del servicio; incidiendo en dos pilares fundamentales, que son la personalización de la asistencia y la continuidad de los cuidados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Facilitar una atención integral e individualizada del paciente oncológico y su familia.
- Fomentar la implicación en el autocuidado por parte del paciente, familia y/o cuidadores.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con un modelo de actuación enfermera común.
- Garantizar la continuidad de cuidados.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el Hospital de Día de Oncología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Implantación de la Consulta de Enfermería Oncológica que llevara a cabo las siguientes actividades:

- Primer contacto con el paciente (CONSULTA DE ACOGIDA): Se realizará tras la primera visita a la Consulta Médica de Oncología.
- Consulta sucesiva: Se llevará a cabo un seguimiento según las indicaciones de enfermería, y también podrá ser demandada por el paciente o su familia.
- 2- Elección de espacio físico y e infraestructura (mobiliario, red informática, teléfono, camilla...) para el desarrollo de la consulta enfermera.
- 3- Elaboración de guías de acogida, recomendaciones para paciente y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas, manuales informativos...etc
- 4- Definir sistema de registro y documentación de enfermería necesaria para desarrollar la consulta de acogida y sucesiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

-INDICADOR 1.

% De pacientes atendidos en la consulta de enfermería de acogida.

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes atendidos en la consulta de acogida de enfermería (primer día)

Denominador: N° total de pacientes atendidos en la consulta de oncología médica

Fuente: Registro de pacientes nuevos de enfermería y HPHISS

Frecuencia de medición: anual

Muestreo y tamaño de la muestra: población total

Estandar: > 80%

- INDICADOR 2.

N° de intervenciones en consulta de enfermería por mes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:
- Enero: Revisión de literatura

Proyecto: 2019_1170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Febrero-Marzo: Elaboración de documentación de acogida de paciente oncológico.
- Abril-Mayo: Difusión y puesta en marcha de la Consulta de Enfermería Oncológica.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores de resultados.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y APLICACION DE UN NUEVO PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO DE RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

2. RESPONSABLE CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TIRADO MELERO MONTSERRAT. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- MARTINEZ ANDALUZ CARLA. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- ROMERA SANTABARBARA BEATRIZ. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- NAVARRO LOPEZ LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- ARMENTEROS QUESADA LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- ALONSO DE MIGUEL MARIA AURORA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
- LAFUENTE BARTOLOME NELIDA. TCAE. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los ambientes adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar precozmente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducir las en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:

- Neonatos hijos de madre diabética insulino dependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O'Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se cambiará e imprimirá el protocolo a seguir y se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos.

Los cambios previstos son reducir el número de mediciones de glucemias en todos aquellos neonatos con riesgo de hipoglucemia que no sean hijos de madre diabética insulino dependiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulino dependiente: >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Charlas informativas durante el mes de Marzo 2019 e instauración inmediata del nuevo protocolo con los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes

Proyecto: 2019_0088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y APLICACION DE UN NUEVO PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO DE RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2019_0096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA VACUNACION FRENTE A TOS FERINA EN EL PERSONAL SANITARIO DEL AREA MATERNO-INFANTIL

2. RESPONSABLE MONTSERRAT TIRADO MELERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· GALLEGO VELA SANTIAGO. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· PARRA FORMENTOR JESUS. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· VELA LEZCANO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· FRIAS MARTINEZ LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· SANCHEZ MORENO JUANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· LAZARO LARENA CONCEPCION. TCAE. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La tos ferina es una infección bacteriana aguda causada por Bordetella Pertussis, patógeno exclusivamente humano que puede afectar a personas de todas las edades. Los adolescentes y adultos presentan formas clínicas leves con frecuencia asintomáticas. Los lactantes menores de 3 meses son el grupo más vulnerable con altas tasas de complicaciones y mortalidad. La transmisión se produce por contacto directo con personas infectadas y su contagiosidad es muy alta, con tasas de ataque hasta el 90% en los convivientes susceptibles. La infección no genera inmunidad permanente y tras la vacunación en la infancia el nivel de protección sufre una disminución paulatina. En los últimos años, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología se está observando un marcado aumento de casos de tos ferina, con la aparición de brotes importantes afectando principalmente a menores de un año. Esta tendencia justifica la adopción de nuevas estrategias con la finalidad disminuir la incidencia de la enfermedad en la población y así proteger al lactante que aún no ha iniciado la vacunación frente a este patógeno. La vacunación del personal sanitario, que puede ser fuente de infección para los lactantes a menudo con unas condiciones de salud previa más precaria, es una estrategia ya recomendada en muchos países. Se ha constatado que los trabajadores de salud resultan afectados con frecuencia y contribuyen a propagar la enfermedad entre los pacientes pediátricos.

Diversas entidades, entre ellas la OMS o la Asociación Española de Pediatría, han recomendado específicamente la vacunación del personal sanitario que trabaje en áreas de pediatría y obstetricia, y dicha medida se lleva a cabo en la mayoría de hospitales españoles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Concienciar a los trabajadores sanitarios en contacto con niños menores de un año (área Materno-Infantil), acerca de la necesidad de estar correctamente inmunizados frente a la tos ferina.
2. Recordar y fomentar el uso de medidas de precaución estándar.
3. Fomentar y facilitar el acceso a la vacunación en el personal sanitario en contacto con niños.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Inicialmente se planificarán reuniones de grupo con los servicios de Salud Laboral y Farmacia para conocer la disponibilidad de vacunas y planear la estrategia de vacunación. En la planta de Materno-Infantil se ofertará la realización de sesiones formativas breves para el personal implicado en distintas fechas y horarios, durante un mes. El objetivo y contenido de las sesiones formativas incluirá la actualización de conceptos y difundirá las últimas evidencias médicas publicadas para promover la vacunación en el personal sanitario en contacto con niños. Posteriormente se elaborará un listado con el personal del área de Pediatría en contacto con lactantes menores de 3 meses y se valorará la indicación o contraindicación para la vacunación. Se procederá a la vacunación en la propia planta de Materno-Infantil para favorecer el cumplimiento de la medida. Por último, se elaborará un protocolo para garantizar en el futuro la continuidad de la vacunación frente a tos ferina. El objetivo es conseguir en los próximos meses la vacunación de todo el personal que actualmente trabaja en el área Materno-Infantil y asegurar la inmunización posteriormente en todo aquel personal que comience a trabajar en el área de Pediatría y vaya a permanecer en dicho servicio al menos un mes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Porcentaje de trabajadores vacunados frente a tos ferina por este procedimiento: N° vacunaciones/N° total trabajadores. Objetivo: >90%.
- Porcentaje de trabajadores que rechazan la vacunación. N° rechazos de la vacunación/N° trabajadores susceptibles de vacunación. Objetivo: <10%.
- Porcentaje de trabajadores que están correctamente inmunizados en los servicios detectados de mayor riesgo. N° trabajadores inmunizados/N° total trabajadores. Objetivo: >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio de reuniones en febrero 2019.
Charlas informativas durante el mes de marzo 2019 e instauración inmediata de la vacunación del personal, siempre que exista disponibilidad de la vacuna Tdpa.
Elaboración del protocolo abril-mayo 2019.

Proyecto: 2019_0096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA VACUNACION FRENTE A TOS FERINA EN EL PERSONAL SANITARIO DEL AREA MATERNO-INFANTIL

Evaluación de indicadores en 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_0234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE HISTORIA PROVISIONAL DE TODOS LOS RECIEN NACIDOS

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL MARTINEZ BENEDI
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• NAVARRO LOPEZ LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• ARMENTEROS QUESADA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• ALONSO DE MIGUEL MARIA AURORA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• LAFUENTE BARTOLOME NELIDA. TCAE. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• PUERTOLAS LILAO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• ROMERA SANTABARBARA BEATRIZ. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
• MARTINEZ ANDALUZ CARLA. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

A los neonatos nacidos en nuestro hospital no se les asigna número de historia definitivo, con el consecuente ahorro de recursos económicos y materiales (no se les proporciona sobre). Sin embargo se les debe asignar un número provisional para facilitar la citación en consultas de pediatría antes de los 15 días de vida y para tener un número al que asignar al cribado metabólico y auditivo de forma universal. También es necesario este número para aquellos neonatos que precisan ser ingresados, realización de alguna prueba o traslado a otro centro. Precisamos un método protocolizado para que todos los neonatos tengan dicho número provisional y quede todo informatizado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La población diana son todos los recién nacidos de la Unidad materno infantil. Se espera conseguir que todos los recién nacidos estén registrados administrativamente en el Hospital Ernest Lluch, y así cualquier proceso, prueba, cita o cribado que se les realice quede registrado adecuadamente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizarán charlas informativas a lo largo del mes de marzo al personal de secretaría que pueda verse implicado (Secretaría de la Unidad Materno Infantil y del Servicio de Urgencias) para unificar y protocolizar que todos los recién nacidos en nuestro hospital en las primeras horas de vida tengan asignado un número provisional. De tal manera que a la llegada a la Unidad Materno Infantil del recién nacido se facilitarán todos los datos de filiación necesarios, recogidos por el personal de nuestra unidad, a la secretaria de la planta (días laborables por la mañana) y en su defecto al servicio de admisión de urgencias, quienes crearan el número de historia clínica provisional.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

El 100% de los recién nacidos antes de las 12 horas de vida deberán tener un número de historia clínica provisional asignado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Charlas informativas en Marzo de 10 minutos a todas las personas que trabajan como secretarias en la unidad materno infantil o del servicio de urgencias

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Lactantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neonatos
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
· ABAD BOUZAN CRISTINA. PSIQUIATRA. USM CALATAYUD. PSIQUIATRIA
· LABORDA HIGES FATIMA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos durante el segundo trimestre de 2018. Se han revisado las 25 primeras interconsultas virtuales recibidas en la USM desde atención primaria correspondientes a los meses de abril, mayo y junio. Se constituyó una plantilla para la recogida de datos como edad, sexo, procedencia (rural vs urbano), prioridad (normal vs preferente), motivo de consulta, contacto telefónico para la entrevista estructurada, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo principal: Definir la entrevista telefónica como método sistemático para la recogida de datos de los pacientes derivados a la USM.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Una vez revisadas las Historias clínicas de las derivaciones a la USM durante esos meses, se obtuvieron datos de un total de 74 pacientes (uno de ellos, declinó contestar a la entrevista telefónica como primer contacto terapéutico).

Edad: 43,2% de las derivaciones son de edades comprendidas entre 41-60 años.

Sexo: Mujeres (64%) Hombres (36%)

Diagnóstico: Ansiedad (29% casos), Depresión, trastorno adaptativo mixto (20%), fobias, abuso de sustancias, descompensación clínica en pacientes con Trastorno de Personalidad (3%), Demencia (3%), descompensaciones de pacientes con Trastorno Mental Grave (3%), TCA y TDAH. Prioridad: Normal (86%) y preferente (14%) Procedencia: Urbano (57%) frente a CS rural (43%).

Historia Previa en USM Calatayud: 70% con Hª previa frente a 30% de los casos, que acudían por primera vez a la USM.

Contactados a través de entrevista telefónica: 76% frente al 24% de los casos en los que el profesional de enfermería no pudo contactar para realizar la primera entrevista.

Asistencia a primera consulta: Un 68% acudieron a la primera consulta presencial, frente un 32% que no acudieron a la primera cita con profesional de USM

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Resultados: Se han evaluado variables como el motivo de consulta, así como edad, sexo y procedencia (rural vs urbano) de los pacientes. Además de determinar la accesibilidad a los pacientes a través de la entrevista telefónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se inició en Junio de 2018, se presentó memoria en enero de 2019 y finalizará en Junio 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Humanos y materiales ya existentes en USM

10. OBSERVACIONES.

Dificultades

A lo largo de estos meses donde el profesional de enfermería realiza la entrevista telefónica con el usuario en respuesta a la Interconsulta Virtual, se han encontrado las siguientes dificultades:

- Se contacta en horario comercial o laboral por lo que muchos usuarios comentan que no disponen del tiempo requerido para su realización (unos 15 minutos).

- A los usuarios les figura un número de centralita desde el que realizamos la llamada (en consulta de enfermería) por lo que también no han manifestado, que les genera desconfianza y por tanto terminan por no descolgar el teléfono.

- Por último en menor porcentaje, los números de contacto que figuran en los datos del paciente (en la propia interconsulta o en la historia electrónica o HIS) no están actualizados, por lo que el contacto telefónico no se puede realizar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2019_1087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0019 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
• RODRIGO PEREZ MARIA MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
• GUTIERREZ CATALAN ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La incidencia de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR) es aproximadamente del 1-5%, con una supervivencia al alta del 20%(1)

Los primeros minutos son los más valiosos en resucitación, de tal manera que cada minuto de retraso disminuye el 8-10% las posibilidades de supervivencia.

La realización de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz, es una responsabilidad del hospital, que debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para su atención.

El personal de enfermería suele ser el que en primer lugar y en más ocasiones se enfrenta a situaciones de reconocimiento de una PCR, y, en muchas ocasiones, otros trabajadores (auxiliares de enfermería, celadores administrativos,...) podrán estar en el escenario de una PCR, por lo que todos ellos deberían ser conocedores del algoritmo a seguir ante toda PCR que se produzca en este hospital además de poseer unos conocimientos teóricos y unas destrezas prácticas que le hagan ser capaces de iniciar y mantener unas maniobras de RCP hasta la llegada del personal facultativo responsable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Establecer un protocolo común de RCP en el hospital para responder a la parada cardíaca de forma rápida y eficaz, y así mejorar la supervivencia.
- Establecer un circuito de llamada al personal facultativo que se hará cargo de las maniobras de RCP avanzada considerando posibles situaciones en las que pudieran tener que actuar distintos profesionales.
- Aportar los conocimientos teóricos necesarios, así como las habilidades prácticas tanto para la identificación y detección de signos y síntomas que preceden a una PCR como para la resolución de la PCR mediante maniobras de RCP con el material real del que se dispone en cada servicio
- Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias que permita conocer los resultados y corregir las deficiencias detectadas
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Difundir e implantar los protocolos aprobados por la dirección del Hospital Ernest Lluch, sobre preparación y mantenimiento de los carros de parada cardíaca y circuito de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital.
- Desarrollar un programa formativo basado en:
 - Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas, en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Conocer y desarrollar gestos terapéuticos básicos para ofrecer una respuesta positiva, activa y adecuada en situaciones de emergencia individual.
 - Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council en relación con el Soporte Vital Básico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

FICHA INDICADOR 1

Nombre del indicador 1: Formación en soporte vital básico (SVB)
Área del indicador: Todo el hospital exceptuando el área de pediatría
Fórmula: N° de profesionales formados
Población: Profesionales dependientes de la dirección del centro
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Unidad de formación continuada del Sector
Responsable de la medición: Unidad de formación continuada del Sector
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 40-50 profesionales

FICHA INDICADOR 2

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_0019 (Contrato Programa)**

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Nombre del indicador 2: Carros de PCR correctamente revisados
Área del indicador: Hospitalización de adultos
Fórmula: $\frac{\text{Nº de carros con revisiones correctamente realizadas}}{\text{Nº total de carros existentes}}$
Población: Unidades de enfermería con carros de PCR
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Registro de revisión del carro de PCR
Responsable de la medición: Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 100%

FICHA INDICADOR 3

Nombre del indicador 3: Paciente adulto que ha sufrido una parada cardio-respiratoria
Área del indicador: Todo el hospital excepto área de pediatría
Fórmula: $\frac{\text{Nº de pacientes adultos que han sufrido una PCR}}{\text{Total de pacientes adultos ingresados}}$
Población: Total de pacientes ingresados en el hospital
Criterio de exclusión: Pacientes con prescripción médica de no reanimar, Pacientes que manifiestan su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas) y pacientes en los que la PCR es un episodio esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal.
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Historia Clínica del paciente (registro de parada cardiaca)
Responsable de la medición: Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 1-5 por cada 1000 ingresos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Primer trimestre 2019: Elaboración y aprobación de protocolo
- Segundo trimestre 2019: Difusión y formación de profesionales mediante tres actividades formativas
- Tercer trimestre 2019: Evaluación de resultados

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

El enfoque principal de este proyecto se encuentra garantizar la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales y monitorizar los procesos y los resultados

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EN CONTACTO CON LOS TMG

2. RESPONSABLE EUGENIA ESTEBAN RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD BOUZAN CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· MARCO GOMEZ BARBARA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA. PSICOLOGO/A CLINICO. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· SANZ GALLEGO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En las unidades de salud mental (USM) se atiende de forma ambulatoria a pacientes que sufren padecimientos psíquicos muy diversos. Las genuinas enfermedades psiquiátricas, como son la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la melancolía, entre otras, constituyen lo que se llama trastorno mental grave (TMG) y es sin duda el que requiere mayores recursos y atención por parte de los profesionales. Esto es así porque son enfermedades crónicas cuyo pronóstico continúa siendo desfavorable; más aún en los pacientes que no toman el tratamiento y que no acuden a las citas con su terapeuta.

En la actualidad, se atienden en la Unidad de Salud Mental (USM) de Calatayud en torno a 250 pacientes conocidos cuyo diagnóstico se enmarca en el concepto TMG. Esta cifra crece si incluimos a los que han sido atendidos en el pasado pero que abandonaron el seguimiento en algún momento.

Uno de los factores más influyentes en la adherencia terapéutica es la relación médico-paciente. La percepción por parte del paciente de una sincera preocupación por parte del profesional, mejora la relación terapéutica. Medidas como hacer recordatorios o monitorización periódica del tratamiento, se ha demostrado que mejoran la adherencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Se pretende mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de un TMG, pertenecientes al sector sanitario de Calatayud, a nivel de toma de fármacos, seguimiento de recomendaciones y asistencia a las consultas. En consecuencia, se esperaría minimizar las descompensaciones en número y/o intensidad y los eventos negativos graves derivados de las mismas, y mejorar su pronóstico global.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

A. Elaborar un registro de los pacientes con TMG que faltan a 3 citas consecutivas sin justificación o que no han acudido en un año a la USM, con las debidas medidas de protección de datos. Incluirá como mínimo el nombre, el diagnóstico y el último contacto. El fin es evitar que estos pacientes caigan en el olvido y poder reanudar el contacto a pesar de que haya cambios en el equipo de profesionales.

B. Llamadas telefónicas:

? Se llamará cada 6 meses a los pacientes con TMG que falten a 3 citas consecutivas sin justificación o que no hayan acudido en un año a la USM, apuntados en el registro.

? Cuando un paciente con TMG no acuda a la cita en la USM, se le llamará por teléfono para comprobar su estado de salud, los motivos de la ausencia y ofrecer disponibilidad. Si no se logra contactar, se le enviará nueva cita por correo convencional. Se repetirá este proceso en cada ausencia.

? A la tercera ausencia consecutiva, se llamará al familiar cercano de referencia para informar de la situación. En caso de pacientes sin familia, se contactará con su médico de atención primaria y/o con los servicios sociales si fuera necesario. Si estos pacientes se niegan a acudir a consultas pero se mantienen estables o su clínica no implica riesgos para él o terceros, se informará a sus allegados de las medidas a seguir si la situación clínica empeorara. Si la gravedad de la clínica así lo requiere, se iniciarán las medidas terapéuticas y legales oportunas.

C. El equipo repasará los casos de los pacientes que se encuentren en estas circunstancias en una reunión de carácter mensual. Se hará hincapié sobre todo en aquellos que falten a 3 o más citas o durante un año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

? Número de pacientes con TMG que faltan a 3 citas consecutivas sin justificación o que no han acudido en un año a la USM que se inscriben en el registro de la unidad: Mínimo 80 %

? Número de pacientes con TMG que no acuden a las citas de salud mental que se sigan de un contacto telefónico con el paciente o con un familiar del paciente o con su equipo de atención primaria, según sea el caso: Mínimo 80%

? Número de pacientes con TMG que, tras una ausencia sin justificación a la USM vuelvan a acudir a una nueva cita después de la llamarles por teléfono o enviar nueva cita: Mínimo 75%.

? Número de pacientes con TMG que, tras 3 ausencias no justificadas o un año sin acudir a la USM vuelvan a acudir a una nueva cita después de llamarles por teléfono a ellos, a familiares o a equipo de atención primaria, según sea el caso: Mínimo 25%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2019_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EN CONTACTO CON LOS TMG

El proyecto se desarrolla desde el 1 de Enero de 2019 y, si los resultados son satisfactorios (se alcanzan los valores estándar), se prevé una continuidad a lo largo del tiempo.
La revisión de los resultados se hará cada 6 meses.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Su instauración es sencilla y no requiere recursos extra, puesto que se puede integrar en el trabajo ordinario sin modificaciones sustanciales y sin gastos añadidos. La reunión mensual para se podría integrar en la ya existente del equipo, sin necesidad de crear otro espacio. El registro que se creará será guardado por la persona designada para tal fin, si bien esta información se compartirá con el resto del quipo.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2019_0022 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA/ SEGUIMIENTO 2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• DE FERNANDO GROS TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• RECIO JIMENEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• IBÁÑEZ PEREZ DE VILLASPRE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos. En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico. Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio. Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
• Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
• Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- FORMACIÓN EN ECOGRAFÍA BÁSICA A TODOS LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIOS, MEDICOS RESIDENTES Y ENFERMERÍA
- ESTABLECER LA RUTINA DE SU USO EN EL SONDAJE VESICAL Y REALIZACIÓN DE PARACENTESIS
- ESTABLECER CRITERIOS COMUNES DE COMO PLASMAR EN LA Hª CLÍNICA LOS HALLAZGOS ECOSCÓPICOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Nº DE PROFESIONALES FORMADOS EN ECOGRAFÍA DE URGENCIAS >80%
CONFIRMACIÓN DE GLOBO VESICAL PREVIO AL SONDAJE 90%
REALIZACIÓN DE PARACENTESIS ECODIRIGIDA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES > 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

PROGRAMACIÓN CURSOS DE FORMACIÓN EN ECOGRAFÍA BÁSICA EN JUNIO
REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE RUTINA EN AMBOS PROCEDIMIENTOS, JUNIO 8 2019
REVISIÓN DE INSTRUCCIONES DE COMO INFORMAR LOS HALLAZGOS, JUNIO 19 ECOSCÓPICOS
VALORACIÓN RESULTADOS ENERO 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades
• SEXO. Ambos sexos
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0022 (Contrato Programa)

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA/ SEGUIMIENTO 2018

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ERNEST LLUCH
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• BANDRES ABIAN ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• GONZALEZ CUADRADO AINOA. MIR. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• NUÑO GIL ANA ISABEL. TCAE. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL. CELADOR/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
• DORADO ALVARADO PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ES EL DE REFERENCIA DEL SECTOR CALATAYUD, ZONAS LIMITROFES DE CASTILLA LA MANCHA Y CASTILLA LEÓN . ADEMÁS POR SU ENCLAVE GEOGRAFICO Y PROXIMIDAD A LA AUTOVIA DEL NORESTE A PACIENTES DE OTRAS COMUNIDADES.
A LO LARGO DE SU TRAYECTORIA Y CONSTATADO POR LOS DATOS REGISTRADOS HA DEMOSTRADO RESULTADOS DE EFICACIA Y DISPONER DE TRABAJADORES CON ELEVADO RENDIMIENTO.
PERO TAMBIÉN TIENE EL INCONVENIENTE DE UNA ROTACIÓN ELEVADA DEL PERSONAL POR MOVILIDAD EXTERNA E INTERNA, CON UN CONTINUO PROCESO DE ADAPTACIÓN Y APRENDIZAJE QUE EXIJE LA DEDICACIÓN DEL OS MIEMBROS DE LA PLANTILLA ESTABLE.
EN EL MOMENTO ACTUAL HEMOS OBSERVADO PROCESOS NO SISTEMATIZADOS Y UN NUMERO ELEVADO DE ACTIVIDADES QUE NO APORTAN VALOR.
ADEMÁS, NO DISPONEMOS DE DATOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y, MUCHAS VECES, TAMPOCO DE LA DEL TRABAJADOR.
DADO QUE POR LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO TODO EL TRABAJO SE PLANIFICA EN EQUIPO INTEGRANDO A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES NOS HEMOS PLANTEADO LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR QUE AUTOANALICE SUS ÉXITOS Y FRACASOS Y PLANTEAR LAS LINEAS DE TRABAJO QUE NOS LLEVEN DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA CONTANDO CON EL APOYO MANIFESTADO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, LA DIRECCIÓN DE ENFERMERIA Y LA COORDINACIÓN DE CALIDAD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
CONOCER EL METODO LEAN HEALTHCARE Y SUS HERRAMIENTAS, APLICARLO EN NUESTRO MEDIO CANALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO QUE ENGLOBA A TODAS LAS CATEGORIAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN URGENTE EN NUESTRO HOSPITAL LO QUE MEJORARA LA DIFUSIÓN CON EL FIN DE IMPLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES PARA CONSEGUIR:
- PROCESOS SISTEMATIZADOS ELIMINANDO LAS ACCIONES QUE NO APORTEN VALOR.
- CONOCER LA SATISFACCION EN EL PACIENTE DE NUESTRO PRODUCTO SALUD
- CONSEGUIR LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DÁNDOLE LA IMPORTANCIA QUE TIENE APORTANDO SOLUCIONES DESDE SU ACTIVIDAD COTIDIANA Y FOMENTANDO SU SENTIMIENTO DE PERTINENCIA A LA ORGANIZACIÓN.
- COLABORAR CON LA ORGANIZACIÓN EN LA MEJORA DEL USO DE LOS RECURSOS.
- PENSAR EN MEJORA CONTINUA PARA OBTENER RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS PARA PARTIR DE LA EFICACIA Y LLEGAR A LA EFICIENCIA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PLANIFICAR REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO
FORMACION EN METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE
DIFUSION A TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% DE TRABAJADORES DEL SERVICIO QUE PARTICIPAN EN EL ANALISIS Y DISEÑO DE LOS PROCESOS
% DE PERSONAL FORMADO EN LEAN HEALTHCARE
DISEÑO ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CONSIDERAMOS QUE SE TRATA DE UN PROCESO AMBICIOSO QUE DEBERÁ ALARGARSE EN EL TIEMPO PARA HACERLO EXTENSIBLE A TODOS LOS PROCESOS.
FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y DIFUSIÓN A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES HASTA JUNIO DE 2019.
REUNIONES PARA RECOGER IDEAS Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS CAUSA EFECTO EN LAS MISMAS FECHAS
ELEGIR AL MENOS 2 PROCESOS PARA INICIAR SU DISEÑO Y PROPONER LA PUESTA EN MARCHA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.
REALIZAR CURSO DE FORMACIÓN EN LEAN HEALTHCARE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO.
ORGANIZAR ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS PARA DIFUSIÓN A TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Proyecto: 2019_0053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

10. OBSERVACIONES.
EN EL 2019 LO HEMOS INCLUIDO COMO A.G.C. CON LA PERSPECTIVA DE SER INCLUIDO EN EL C.P. DEL 2020

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_1152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE BENJAMIN GONZALEZ ARIZA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BROSED YUSTE CHABIER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. URGENCIAS
- GASPAR REDONDO ESTHER. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- CLAVERO MIGUEL PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MERELAS CORTES LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- NUÑO GIL ANA ISABEL. TCAE. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

AUNQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONOCE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS, CADA DÍA PODEMOS OBSERVAR QUE EN OCASIONES LA ATENCIÓN A DICHS PACIENTES ES DESORGANIZADA: NO ESTÁN DEFINIDAS LAS TAREAS QUE CADA PROFESIONAL TIENE QUE REALIZAR EN ESE MOMENTO. ESTO SUPONE UN RETRASO Y UNA ATENCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE YA QUE HAY VARIOS PROFESIONALES INTENTANDO REALIZAR LAS MISMAS TAREAS Y OTROS QUE NO SABEN QUÉ HACER EN ESE MOMENTO. CON UNA ADECUADA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN Y CON EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SE REDUCIRIAN LOS ERRORES Y MEJORARÍA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- 1- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE DEL PACIENTE CRÍTICO
- 2- DISMINUIR LOS RECURSOS EMPLEADOS EN LA ATENCIÓN
- 3- DISMINUIR LOS ERRORES EN LA ASISTENCIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- 1- CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR
- 2- ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO
- 3- DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIANTE CURSO TEÓRICO PRÁCTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS.
- 4- REALIZACIÓN DE SIMULACROS DENTRO DE LA UNIDAD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- 1- INDICADOR: % DE PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DEFINICIÓN:

PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y RECIBEN UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA

FÓRMULA:

NUMERADOR: N° DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS ATENDIDOS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DENOMINADOR: N° TOTAL DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS.

FUENTE: PCH

EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS:

- PACIENTE CRÍTICO: VER DEFINICIÓN DE "PACIENTE CRÍTICO" EN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH"
- ATENCIÓN ORGANIZADA: VER CRITERIOS DE ATENCIÓN ORGANIZADA/PROTOCOLARIZADA EN DICHO PROCEDIMIENTO

FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN: ANUAL

MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE. 20 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR

RESPONSABLE DE SU OBTENCIÓN: UNIDAD DE CALIDAD

ESTANDAR: >60%

2- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO

3- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ACTIVIDAD FORMATIVA Y LOS SIMULACROS DE ACTUACIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

2º TRIMESTRE 2019: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO, MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO Y BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA

3º TRIMESTRE 2019: ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

4º TRIMESTRE 2019: APROBACIÓN DE PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD, DIFUSIÓN DON CURSO TEÓRICO PRÁCTICO Y. REALIZACIÓN DE SIMULACROS

9. RECURSOS NECESARIOS.

10. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2019_1152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRÍTICO
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DE ESTANCIAS PREOPERATORIAS HOSPITALARIAS

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL ARANDA LASSA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- MARTINEZ DELGADO ROBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- GRACIA ORERA MARISOL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
- DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Entendemos que gran parte de las estancias preoperatorias hospitalarias son innecesarias. Determinadas patologías han ingresado el mismo día de la intervención con adecuada información verbal y no hemos encontrado diferencias significativas. La preparación preoperatoria puede realizarse en la mayoría de los pacientes en domicilio con adecuada información verbal y escrita evitando estancias innecesarias y por supuesto el stress hospitalario previo a la cirugía permaneciendo en el ámbito domiciliario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Eliminar estancias preoperatorias innecesarias con el consiguiente ahorro hospitalario. La información verbal y escrita permitirá que aproximadamente el 90% de los pacientes puedan ingresar el mismo día de la intervención. La documentación escrita entregada en el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica permitirá la preparación preoperatoria en domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

La comunicación es esencial para lograr el objetivo. Una comunicación verbal y escrita en la quedan perfectamente manifiestas las indicaciones a realizar en domicilio tanto en pautas dietéticas como farmacológicas. El equipo de Urología hemos visto en distintas reuniones la oportunidad de mejora en la oferta consiguiendo un ahorro importante para el Centro Hospitalario. Los recursos materiales precisos son escasísimos porque implica un esfuerzo en la comunicación verbal y escrita que se entrega tras proponer cirugía e incluir en lista de espera quirúrgica. Entendemos que sería preciso flexibilizar el horario de un/a enfermero/a y de un administrativo/a.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Previo a la instauración del programa evaluaremos la estancia media de los procesos que van a ser incluidos en este programa: RTU Vesical, RTU de Próstata, Hidrocolectomía, Dilatación Uretral y en general casi todos los procesos con excepción de los que requieran una preparación específica o padezcan alguna patología intercurrente que obligue a algún tipo de recomendación hospitalaria. Evaluaremos la estancia media prequirúrgica. Durante la instauración se comprobará la correcta preparación mediante Check List que se entregó al paciente en consulta. Tras seis meses se evaluará el grado de cumplimiento de la adecuada preparación prescrita. Estancia media de los procesos y estancia preoperatoria, Comparación de estancias, Valoración de complicaciones, Valoración de los procesos incluidos en el programa que han debido ser suspendidos o aplazados. Finalmente valoración por parte de los pacientes del ingreso el mismo día de la cirugía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicialmente se plantea que los pacientes que se incluyan en lista de espera a partir de Mayo reciban esta información verbal y escrita y tras seis meses de trabajo se realice un primer balance con la muestra incluida. El proyecto tiene ambición de futuro y de ampliar la inclusión hasta conseguir el 100% de los pacientes

9. RECURSOS NECESARIOS.

Flexibilización de horario de 1 persona en el ámbito de Enfermería y 1 persona en el ámbito de Admisión en horario de mañanas.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato genitourinario
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2019_0929 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL ARBOL DE TIPIFICACION DE AVISOS EN EL CENTRO DE COORDINACION DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE CLARA HERRANZ ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· ARREGUI RODRIGO AIDA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· AZNAR RICO MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· CERDAN ESCOBAR MIRIAM. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· FAJARDO TRASOBARES MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· GUTIERREZ ANDREU JOAQUIN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· MARCO GAYARRE ELENA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· SORIA VILLANUEVA NOELIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Las llamadas recibidas a través del número de teléfono 061 y derivadas del 112, así como las llamadas realizadas desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) son gestionadas mediante la plataforma informática Séneca MYC por los profesionales de esta unidad.

La gestión de la demanda sanitaria en el CCU se realiza en tres fases:

- A) Fase de acceso: Recepción de la demanda sanitaria.
- B) Fase de regulación: Regulación sanitaria de la demanda.
- C) Fase de movilización: Asignación, movilización y seguimiento de recursos.

Las llamadas recibidas en el CCU son recepcionadas por los teleoperadores que se encargan de la atención, recogida de datos básicos, tipificación de la llamada y derivación a otros centros asistenciales o transferencia de la misma al médico/enfermero regulador y/o al locutor/telefonista.

Una vez abierto el formulario correspondiente al aviso, el teleoperador procede a la clasificación que más se aproxime al motivo por el que demanda la asistencia, en base a una estructura de codificación en forma de árbol en el que se van progresivamente abriendo ramas conforme se determina el estado del paciente. Para ello, el teleoperador utiliza el árbol de tipificación proporcionado por la aplicación informática.

En cada nodo del árbol aparecen las preguntas que el teleoperador debe realizar al alertante y un resumen del plan operativo asociado a dicho nodo con instrucciones sobre la tipificación o el procedimiento de actuación a seguir de acuerdo a esa tipificación.

Cuando el teleoperador ha completado toda la información sobre el paciente procede a su transferencia al médico/enfermero regulador o al locutor/telefonista de acuerdo al plan operativo asociado a dicha intervención.

La última revisión del árbol de tipificación fue en 2008 al incorporarse profesionales de enfermería para la regulación sanitaria en el CCU.

Ante la complejidad en la rama de preguntas asociadas, que condiciona la dificultad de ajustar la demanda sanitaria al aviso, consideramos necesario revisar el árbol de tipificación para su adecuación, con el objetivo de evitar la demora en la tipificación del aviso y adecuar correctamente el destinatario del mismo desde la recepción de la demanda sanitaria hasta su regulación por el personal sanitario del CCU.

El proyecto de mejora es de vital importancia, ya que la tipificación del aviso es el primer eslabón en la coordinación sanitaria y fundamental para ajustar la respuesta a la demanda asistencial planteada y optimizar los recursos sanitarios para su resolución.

El trabajo de revisión se realizará sobre un árbol de tipificación ya estructurado y elaborado bajo consenso entre todos los grupos de interés, lo que facilitará las posibles modificaciones derivadas de la revisión realizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar un análisis de situación de la operatividad del árbol de tipificación.

Verificar y ajustar el motivo de llamada y la demanda sanitaria a la tipificación.

Definir con mayor precisión el motivo principal por el que se solicita ayuda sanitaria.

Revisar los síntomas asociados a cada patología.

Revisar el plan operativo asociado a cada intervención en función de la rama del árbol seleccionada.

Reducir el tiempo empleado en la recepción del aviso y agilizar la respuesta.

Adecuar el destinatario de los avisos, médico regulador o enfermero regulador, para una mayor eficiencia en la resolución del aviso.

Adecuar y optimizar el uso de recursos sanitarios.

Unificar criterios y elaborar protocolos de actuación comunes ante demandas asistenciales frecuentes.

1. TÍTULO

Proyecto: 2019_0929 (Contrato Programa)

REVISION Y ACTUALIZACION DEL ARBOL DE TIPIFICACION DE AVISOS EN EL CENTRO DE COORDINACION DE URGENCIAS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Formación de un grupo de trabajo para realizar reuniones periódicas con acceso directo a programa informático Séneca y poder trabajar sobre el árbol de tipificación.
Registrar las dificultades que presenta el personal de teleoperación en la recepción y tipificación del aviso para trabajar sobre ello y facilitar el proceso.
Consensuar cambios necesarios y posterior difusión de los acuerdos y modificaciones establecidas al personal sanitario y personal de teleoperación del centro coordinador.
Evaluar si los cambios realizados cumplen el objetivo de mejora propuesto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Ramas revisadas del árbol de tipificación (%)
Tiempo que transcurre desde el inicio de la gestión de la llamada por el teleoperador hasta su transferencia al personal sanitario regulador.
Índice de satisfacción del personal de teleoperación y personal sanitario del CCU.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Duración estimada de 1 año.
Primer semestre: Valoración, análisis de problemas detectados y consenso de las modificaciones.
Segundo semestre: Realización de sesiones de difusión de las modificaciones consensuadas para la puesta en marcha de la nueva versión del árbol de tipificación de avisos.
Evaluación de indicadores e informe de resultados. Memoria final.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Grupo de trabajo.
Formulario de encuesta de opinión antes y después del proyecto.
Aula de formación y acceso a sistema informático Séneca.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias y Emergencias sanitarias
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1500 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DEL 061 ARAGON

2. RESPONSABLE AIDA ARREGUI RODRIGO
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
 - Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AZCONA CIDRAQUE CAROLINA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
 - BAYO IZQUIERDO CELESTE. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
 - CALVO COBOS DAVID. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
 - SORIA MARTINEZ LETICIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
 - PALOMAR CARBO DAVID. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 1
 - RUIZ GAJON SONIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FORADADA DEL TOSCAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, establece que las ambulancias asistenciales tipo C, destinadas a proporcionar Soporte Vital Avanzado (SVA), deberán contar con un "conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias y con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido". Asimismo, especificaba que "deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido cuando la asistencia a prestar lo requiera".

Así mismo, el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, reconoce la independencia y autonomía de la profesión enfermera.

Esta normativa, junto con la evolución del modelo de emergencias extrahospitalarias en España, ha permitido el desarrollo e implantación de un nuevo recurso asistencial liderado por enfermería, el Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE), donde el enfermero, de forma autónoma y con total garantía, realiza técnicas y presta asistencia y cuidados de soporte vital avanzado, sin perjuicio de disponer del apoyo del personal médico del centro coordinador de urgencias para aquellas situaciones en las que se requiera. Aunque este tipo de recurso existe en algunas comunidades autónomas desde hace casi tres décadas (P. ej: Cataluña), en los últimos años se está impulsando desde diferentes servicios de emergencias de otras comunidades, consiguiendo que se produzca un aumento exponencial en el número de recursos SVAE's. Este tipo de recurso también existe en algunos países europeos como Francia, Portugal, Holanda o Suecia, e incluso se está implementando en modelos clásicamente paramédicos como en EEUU.

Por tanto, siempre que hablamos del recurso SVAE nos estamos refiriendo a una ambulancia tipo C, dotada de material para la realización de maniobras de SVA y destinada a la prestación de cuidados de SVA, en la que el enfermero de urgencias y emergencias es el máximo responsable de la unidad.

Por otro lado, el Real decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real decreto 945/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros establece que las enfermeras y enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, conforme a los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial establecidos.

Por tanto parece fundamental la creación de los procedimientos operativos para determinar el modo de activación de dichas unidades así como su coordinación tanto con el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) como con otras unidades del servicio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer los procedimientos operativos de activación y coordinación del USVAE del 061 Aragón

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de los procedimientos de las distintas unidades en vigor en 061 Aragón.
- Revisión de los procedimientos de las unidades SVAE de otras comunidades autónomas.
- Elaboración de los procedimientos y elevación para su aprobación a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Existe un listado de la legislación aplicable a las unidades SVAE.
- Se han creado los procedimientos de coordinación de las unidades SVAE

Proyecto: 2019_1500 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DEL 061 ARAGON

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril - Julio de 2019: revisión de la legislación aplicable y de los procedimientos tanto de 061 Aragón como de otras CCAA
 - Julio - Diciembre 2019: elaboración de los borradores de los procedimientos operativos de actuación
 - Enero - Febrero 2020: revisión por expertos ajenos al grupo de trabajo de los protocolos y elevación a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Aragón
 - Febrero - Abril 2020: aprobación definitiva de los procedimientos.
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Emergencias extrahospitalarias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1504 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN ACCIDENTES DE TRAFICO. GARANTIA DE LA CADENA DE CUSTODIA

2. RESPONSABLE PILAR ALCOBER LAMANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABIAN ALONSO JOVITA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 1
· MAINAR GOMEZ BELEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· MENDOZA BARQUIN ANA BELEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME EJEJA
· SALCEDO DE DIOS SUSANA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ALCAÑIZ
· LIMIÑANA ASENSI CARMEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
· ANGEL GONZALO JUAN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME HUESCA
· LAGUNAS PARDOS DIEGO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SISTEMAS DE INFORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 ARAGÓN (en adelante 061 ARAGÓN) es una institución de ámbito regional cuya finalidad es dar respuesta, las 24 horas del día y los 365 días del año, a las demandas de atención sanitaria urgente que se produzcan por parte de la población, movilizándolo en cada caso el recurso que se estime más adecuado atendiendo a criterios de gravedad, proximidad y disponibilidad.
El 061 ARAGÓN, a través de su Centro Coordinador de Urgencias (CCU), centraliza la información y la coordinación de los recursos sanitarios, tanto públicos como privados, y asegura una comunicación fluida y permanente entre todas las entidades y organismos sanitarios y no sanitarios participantes en la resolución de la urgencia y emergencia sanitarias. Todas las unidades del 061 ARAGÓN actúan de forma coordinada con el resto de dispositivos de la cadena asistencial del Servicio Aragonés de Salud (tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada), así como con otros servicios de emergencia no sanitarios.
Dentro de la casuística de los avisos atendidos por las distintas unidades asistenciales del 061 ARAGÓN, tienen una gran demanda las asistencias debidas a accidentes de tráfico.
En estas situaciones, nuestros profesionales deben coordinarse con los distintos intervinientes en la cadena de atención a un accidente de tráfico (Policía Nacional, Bomberos, Guardia Civil), lo que hace necesario el establecimiento de un procedimiento de coordinación que englobe la actuación a desarrollar, con el objetivo de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y la cadena de custodia de las pruebas necesarias para la investigación del accidente, entre otros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer un procedimiento de actuación y coordinación entre todos los intervinientes en la atención a los AT en todas sus fases que engloban:
Gestión de la demanda asistencial en el AT en el CCU.
Gestión de la prestación y asistencia sanitaria por las distintas Unidades Asistenciales del 061 ARAGÓN.
Aproximación y valoración inicial del accidente. Establecimiento de normas y recomendaciones en materia de seguridad.
Coordinación entre los Servicios de Emergencias y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
Registro de datos e investigación.
Limpieza del escenario del incidente y restablecimiento de la circulación.
Información a pacientes, familiares y personal sanitario y no sanitario interviniente.
Coordinación con la Autoridad Judicial y Facultativo Forense.
Coordinación en Materia de Incidentes de Múltiples Víctimas.
Disminuir la variabilidad en la coordinación y asistencia de la atención a los pacientes.
Garantizar la cadena de custodia de las pruebas necesarias para la investigación así como para la custodia de las pertenencias del paciente.
Garantizar la integración y coordinación de los diferentes agentes implicados en la cadena de supervivencia del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Creación de un Grupo de Trabajo para el desarrollo de este proyecto de mejora, con el objetivo de desarrollar las siguientes actividades:
Revisión de bibliografía y legislación relativa a la atención en el ámbito de la atención de los Servicios de Emergencia en AT
Establecimiento de reuniones con representantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado intervinientes
Estructuración y desarrollo del procedimiento de actuación y coordinación en los AT
Difusión del procedimiento a todas las partes intervinientes en la atención y coordinación a AT
Evaluación del procedimiento establecido para la atención y coordinación en AT

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existe un resumen de la bibliografía y legislación consultada en materia de AT (SI/NO)
Establecimiento de actividades de coordinación que engloben a los distintos grupos de interés intervinientes en los AT (%)
Existe un documento que refleja el procedimiento a seguir para la atención y coordinación de la actuación en AT (SI/NO)
Se ha difundido el procedimiento a todas las partes intervinientes en la atención a AT previa elaboración de un

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1504 (Contrato Programa)**

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN ACCIDENTES DE TRAFICO. GARANTIA DE LA CADENA DE CUSTODIA

plan de comunicación (SI/NO Mínimo dos sesiones de difusión)

Existe un informe de evaluación del procedimiento de atención y coordinación en AT (SI/NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Junio-agosto 2019: Revisión de bibliografía y planificación del calendario de reuniones con los responsables de los distintos intervinientes

Septiembre 2019: Estructuración del procedimiento

Octubre-Marzo 2019-2020: Elaboración y desarrollo del procedimiento

Abril-Junio 2020: Difusión del procedimiento a todas las partes intervinientes.

Julio 2020: Implantación del procedimiento

Julio-Diciembre: Evaluación del procedimiento y realización del informe de evaluación

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Humanos: Profesionales pertenecientes al grupo de trabajo y responsables intervinientes en la cadena de atención y coordinación en accidentes de tráfico

Recursos Materiales: Bibliografía, calendario de reuniones, plan de comunicación y aulas de formación. Procedimiento e informes. Material necesario para el registro y custodia de las pruebas para la investigación del accidente, así como las pertenencias del paciente

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lesiones derivadas de AT

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1497 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA CONSULTA DE LA COMPATIBILIDAD/INCOMPATIBILIDAD DE LA ADMINISTRACION EN "Y" DE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUIA FARMACEOTERAPEUTICA DE LA GERENCIA DEL 061

2. RESPONSABLE ADRIANA ALVAREZ NONAY

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA 061 ARAGON
- Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MATEO CLAVERIA JESUS. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
- SANCLEMENTE SAEZ JORGE. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
- PALLAS PONS BEGOÑA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
- TRIGO VICENTE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
- LOPEZ BELLIDO ASUNCION MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FARMACIA 061 ARAGON
- GIMENEZ BLASCO NATALIA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
- FUERTES BLASCO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 ARAGÓN; es una institución de ámbito autonómico dependiente del SALUD, cuya finalidad es dar respuesta, las 24 horas del día y los 365 días del año, a las demandas de atención sanitaria urgente que se produzcan por parte de la población.

En los servicios de Urgencias y Emergencias, la vía intravenosa es usada de manera frecuente, debido al inicio rápido del efecto farmacológico. Sin embargo, en los pacientes que requieren de la administración de más de un medicamento, puede ser necesario su administración simultánea mediante un sistema de "Y", lo que puede generar problemas de incompatibilidades. La estabilidad y compatibilidad físico-química de los fármacos usados por la misma vía puede afectar a la seguridad de los pacientes y a la eficacia terapéutica de los medicamentos, ya que, a causa de esta posible incompatibilidad e inestabilidad de las sustancias administradas, se puede dar lugar a errores de medicación. Sobre este tipo de error se puede establecer como medida de control; con el objetivo de prevenir o reducir su aparición, el establecimiento de herramientas de información rápida para los profesionales sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto es el desarrollo de una aplicación web de consulta rápida destinada a los profesionales sanitarios de compatibilidad/incompatibilidad de los fármacos administrados por la misma vía incluidos en la guía farmacoterapéutica del 061.

Con la consecución del objetivo principal se pretende:

- o Facilitar la accesibilidad a la información relacionada con la administración de medicamentos a los profesionales sanitarios.
- o Contribuir a la administración segura de medicamentos en los pacientes atendidos por los Servicios de Urgencias y Emergencias.
- o Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, respecto a la información disponible relacionada con los medicamentos.
- o Implantar de forma progresiva sistemas de información de consulta rápida de medicamentos, a lo largo de todas las Unidades Móviles de Emergencias de la Gerencia del 061.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- o Recopilación de la información publicada sobre estabilidad de los fármacos incluidos en la GIFT, evaluar la calidad de los datos publicados y generar una base de datos de compatibilidad /incompatibilidad de los fármacos administrados en Y.
- o Generar una aplicación web de consulta rápida accesible a todos los profesionales sanitarios de la Gerencia, a través de la Intranet del 061.
- o Formación del personal sanitario en el manejo de la aplicación web.
- o Realización y explotación de la encuesta de satisfacción.
- o Presentación de resultados de la encuesta de satisfacción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Porcentaje de medicamentos compatibles/incompatibles en Y incluidos en la guía farmacoterapéutica.

- Porcentaje de implantación de la aplicación web en las diferentes unidades asistenciales.

-Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios con la aplicación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Abril 2019 - Agosto de 2019: En la primera parte del proyecto se seleccionaron los fármacos objeto del estudio, y se realizará una búsqueda sistemática de la información recogida en las bases de datos.

- Agosto 2019- Abril 2019: Diseño e implantación de la aplicación web y formación del personal sanitario en el

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1497 (Contrato Programa)**

DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA CONSULTA DE LA COMPATIBILIDAD/INCOMPATIBILIDAD DE LA ADMINSTRACION EN "Y" DE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUIA FARMACEOTERAPEUTICA DE LA GERENCIA DEL 061

manejo de la misma.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos humanos: dedicación parcial farmacéutico durante el proceso de diseño e implantación de la aplicación web y dedicación parcial por parte del Servicio de Informática, Grupo de Trabajo de Farmacia

-Recursos materiales: base de datos, bibliografía, guía farmacoterapéutica, encuestas de satisfacción.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2019_0973 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION E IMPLANTACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA DE GESTION DE INCIDENCIAS EN EL AREA DE RECURSOS HUMANOS DEL 061 ARAGON

2. RESPONSABLE PEDRO BAUTISTA CANO
• Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
• Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RECURSOS HUMANOS
• Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• BETRIAN DOMINGUEZ JULIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECURSOS HUMANOS
• FERNANDEZ VERGUIZAS MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECURSOS HUMANOS
• FERNANDEZ EZCURRA ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECURSOS HUMANOS
• HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RETRIBUCIONES
• GARCIA BLASCO SACRAMENTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RETRIBUCIONES
• AÑO GIMENO DAVID. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. INFORMATICA
• SALDAÑA ROYO SERGIO. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En el 061 el Área de RRHH es la encargada de la contratación del personal necesario para garantizar la continuidad del servicio, y de la gestión de las retribuciones del personal del 061.

La dispersión geográfica de las unidades asistenciales del 061 y de sus profesionales dificulta la comunicación y seguimiento de las incidencias generadas relativas a los procesos implícitos del Área de Gestión de Personal. Actualmente, se registran las incidencias generadas a través de correo electrónico, telefónicamente o personalmente. Esta situación no garantiza una correcta trazabilidad en la gestión de las incidencias.

Los puntos débiles detectados en el análisis realizado, condicionan la necesidad de la adecuación e implantación de una herramienta de gestión de incidencias en Area RRHH.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Analizar la situación actual de gestión de incidencias y un estudio de las necesidades demandadas por todos los grupos de interés, y adaptar una herramienta informática que cubra las necesidades.
Elaborar un manual de usuario de la herramienta y llevar a cabo la formación a los usuarios de la herramienta informática.
Adaptar los procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo al uso de la herramienta informática de gestión de incidencias e implantarla a través de intranet 061 y correo de los usuarios.
Evaluar la adaptación e implantación de la herramienta de gestión de incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Crear un grupo de trabajo para realizar: • El análisis de la situación del procedimiento actual. • Instalar y adaptar la aplicación informática elegida a las necesidades detectadas y elaborar el manual de usuario de la aplicación adaptando los procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo. • Planificar y realizar la formación a usuarios. • Realizar el informe de evaluación de la adaptación e implantación de la herramienta. Reparto de tareas entre los distintos miembros del grupo de trabajo, estableciendo reuniones periódicas de seguimiento del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

• Se ha realizado el análisis de la situación actual de gestión de incidencias. • Se ha elaborado el manual de usuario y revisión de procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo. • % de usuarios del Área de RRHH formados en la herramienta informática. • N° de unidades informadas de la puesta en marcha de la nueva herramienta. • Existe un informe de evaluación que refleja la adecuación de la herramienta a las necesidades detectadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

• Análisis situación actual: abril. (Dpto. de Informática, Dpto. de Calidad y Jefe de Área de RRHH) • Adaptación de la herramienta informática: mayo-junio. (Dpto. de Informática). • Elaboración del manual de usuario : julio. (Dpto. de Informática y Dpto. de Calidad). • Planificación y realización de la formación a los usuarios : septiembre. (Dpto. de Informática, Dpto. de Formación y Jefe del Área de RRHH). • Adaptación de los procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo al uso de la herramienta informática de gestión de incidencias: octubre-diciembre. (Jefe del Área de RRHH y Dpto. de Calidad). • Implantación de la herramienta a través de la Intranet 061 y del correo electrónico de los distintos usuarios: octubre. (Dpto. de Informática y Jefe de Área de RRHH). • Evaluación de la adaptación e implantación : enero 2020. (Dpto. de Informática, Dpto. de Calidad y Jefe de Área de RRHH)

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Humanos: Jefe del Área de RRHH, Dpto. de Informática, Calidad y Formación. Recursos Materiales: Herramienta informática de gestión de incidencias, servidor virtualizado en CPD 061, manual de usuario,

Proyecto: 2019_0973 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ADECUACION E IMPLANTACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA DE GESTION DE INCIDENCIAS EN EL AREA DE RECURSOS HUMANOS DEL 061 ARAGON

cronograma de gestión del curso de formación, aulas de formación.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1313 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UN IMPULSO HACIA LA MEJORA EN LA GESTION MEDIOAMBIENTAL. ESTUDIO DE LA VIABILIDAD DE ADAPTACION DE LOS VEHICULOS DEL SUAP A UN NUEVO SISTEMA DE COMBUSTIBLE RESPETUOSO CON EL MEDIOAMBIENTE

2. RESPONSABLE ANTONIO CLEMENTE BARRANCO
· Profesión CONDUCTOR/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SUAP
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN GASPAR ANA PILAR. CONDUCTOR/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP
· DOMINGUEZ PLO ESTHER. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· ALCOLEA GUERRERO MARTA. TECNICO/A DE GESTION. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. DIRECCION DE GESTION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)

presta asistencia domiciliaria médica y de enfermería, en situaciones de urgencia no vital, fuera de los horarios de cobertura de los Centros de Salud en la ciudad de Zaragoza.

Para la prestación de este servicio se dispone de una flota de 21 vehículos, 12 de gasolina y 9 de diesel.

La sostenibilidad es un área recogida dentro del Plan Estratégico del 061 Aragón. Dentro de este área hay un factor crítico de éxito que es el medio ambiente. Desde su inicio el 061 Aragón ha desarrollado acciones para la contribución al respecto medioambiental. Respecto englobado también en nuestro sistema de gestión de acuerdo a las Normas ISO 9001 y Responsabilidad Social Corporativa.

El análisis de los kilómetros recorridos y el combustible consumido en la prestación de este servicio, hace necesario el estudio de la viabilidad de adaptación de estos vehículos a un nuevo sistema de combustible respetuoso con el medioambiente y que, a su vez, nos permita reducir el coste en combustible y mantenimiento, sin que se reduzca la autonomía del usuario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Primario: Realizar un estudio de la viabilidad de la modificación de la flota de vehículos hacia energías alternativas y respetuosas con el medio ambiente.

Objetivos secundarios:

1. Ecológicos: Realizar un estudio comparativo de las emisiones de las distintas energías alternativas al medio ambiente.
2. Económicos: Determinar el gasto en función de las distintas energías alternativas disponibles en el mercado y accesibles para el 061 Aragón.
3. De Autonomía: Realizar un estudio de los puntos de repostaje en la ciudad de Zaragoza.
4. De Usuario: Determinar los tiempos de repostaje en función de las distintas energías en estudio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1. Ecológicos: Recopilación de información de los tipos de energías alternativas respetuosas con el medio ambiente respecto a los utilizados actualmente en el 061 Aragón.
Trabajo de campo con otras organizaciones y casas comerciales valorando las alternativas.
2. Económicos:
Trabajo de campo con otras organizaciones y casas comerciales valorando las alternativas respecto a la instalación, su mantenimiento y el coste de la energía.
3. De Autonomía:
Estudio de mercado de las prestaciones de las distintas empresas suministradoras de energía.
4. De Usuario:
Trabajo de campo de valoración de los tiempos de repostaje de las energías alternativas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Existe un informe de viabilidad de adaptación de los vehículos del SUAP del 061 Aragón, que englobe los siguientes criterios:
Ecológicos, económicos, de autonomía y de usuario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Fecha prevista de inicio: mayo 2019
Las fases de desarrollo se seleccionan en base a los objetivos secundarios:
Fase I: Diagnóstico de situación. Mayo- Junio 2019
Fase II: Objetivos ecológicos. Julio-Agosto 2019
Fase III. Objetivos económicos. Septiembre 2019
Fase IV: Objetivos de Autonomía. Octubre 2019
Fase V: Objetivos de usuario. Noviembre 2019
Fase VI: Conclusiones. Diciembre 2019

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1313 (Contrato Programa)**

UN IMPULSO HACIA LA MEJORA EN LA GESTION MEDIOAMBIENTAL. ESTUDIO DE LA VIABILIDAD DE ADAPTACION DE LOS VEHICULOS DEL SUAP A UN NUEVO SISTEMA DE COMBUSTIBLE RESPETUOSO CON EL MEDIOAMBIENTE

9. RECURSOS NECESARIOS.

Tiempo de trabajo de los profesionales implicados en el proyecto.
Visitas a casas comerciales y organizaciones.
Cuadro de mandos de indicadores.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No procede
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2019_1501 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROTOCOLOS PARA UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DE 061 ARAGON

2. RESPONSABLE IGNACIO VILLELLAS AGUILAR

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UME FORADADA DEL TOSCAR
- Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SORIA VILLANUEVA NOELIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
- LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
- CAZCARRA LAPLANA JUANJO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME HUESCA
- BROSED YUSTE CHABIER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
- LAGUNAS PARDOS DIEGO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
- RUIZ CARVAJAL SARA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 2
- GARCIA MURILLO SERGIO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ALCANIZ

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, establece que las ambulancias asistenciales tipo C, destinadas a proporcionar Soporte Vital Avanzado (SVA), deberán contar con un "conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias y con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido". Asimismo, especificaba que "deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido cuando la asistencia a prestar lo requiera".

Así mismo, el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, reconoce la independencia y autonomía de la profesión enfermera.

Esta normativa, junto con la evolución del modelo de emergencias extrahospitalarias en España, ha permitido el desarrollo e implantación de un nuevo recurso asistencial liderado por enfermería, el Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE), donde el enfermero, de forma autónoma y con total garantía, realiza técnicas y presta asistencia y cuidados de soporte vital avanzado, sin perjuicio de disponer del apoyo del personal médico del centro coordinador de urgencias para aquellas situaciones en las que se requiera. Aunque este tipo de recurso existe en algunas comunidades autónomas desde hace casi tres décadas (P. ej: Cataluña), en los últimos años se está impulsando desde diferentes servicios de emergencias de otras comunidades, consiguiendo que se produzca un aumento exponencial en el número de recursos SVAE's. Este tipo de recurso también existe en algunos países europeos como Francia, Portugal, Holanda o Suecia, e incluso se está implementando en modelos clásicamente paramédicos como en EEUU.

Por tanto, siempre que hablamos del recurso SVAE nos estamos refiriendo a una ambulancia tipo C, dotada de material para la realización de maniobras de SVA y destinada a la prestación de cuidados de SVA, en la que el enfermero de urgencias y emergencias es el máximo responsable de la unidad.

Por otro lado, el Real decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real decreto 945/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros establece que las enfermeras y enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, conforme a los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial establecidos.

Por tanto parece fundamental la creación de dichos protocolos o guías de práctica clínica, con el objetivo de dar cobertura a los profesionales que se incorporen a las unidades SVAE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Establecer los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial que permitan a los profesionales de enfermería desarrollar su labor en las unidades SVAE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Revisión de los protocolos y guías de práctica clínica médicas en vigor en 061 Aragón.
- Revisión de los protocolos y guías de práctica clínica utilizados por el personal de las unidades SVAE de otras comunidades autónomas.
- Revisión de la legislación vigente en cuanto al uso, indicación y dispensación de productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
- Elaboración de los protocolos y elevación para su aprobación a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Aragón.

Proyecto: 2019_1501 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROTOCOLOS PARA UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERIA (USVAE) DE 061 ARAGON

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existe un listado de la legislación aplicable a las unidades SVAE.
 - Se han creado los protocolos de actuación de las unidades SVAE para las patologías más habituales encontradas en un servicio de emergencias extrahospitalario
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril - Julio de 2019: revisión de la legislación aplicable y de los protocolos tanto de 061 Aragón como de otras CCAA
 - Julio - Diciembre 2019: elaboración de los borradores de los protocolos de actuación
 - Enero - Febrero 2020: revisión por expertos ajenos al grupo de trabajo de los protocolos y elevación a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Aragón
 - Febrero - Abril 2020: aprobación definitiva de los protocolos.
9. RECURSOS NECESARIOS.
10. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL.
11. POBLACIÓN DIANA
- EDAD. Todas las edades
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Emergencias extrahospitalarias
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1503 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA (LA RCP TAMBIEN ES COSA DE LOS MAS PEQUEÑOS)

2. RESPONSABLE JOVITA ABIAN ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME ZARAGOZA 1
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOGAS REY ELIA. TECNICO/A DE FORMACION 061. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

En la cartera de servicios del 061 ARAGÓN figura como actividad relevante, además de la asistencia, la docencia y educación sanitaria en urgencias y emergencias.
Los contenidos docentes de estas actividades incluyen la atención de urgencias y emergencias sanitarias en el ámbito extrahospitalario, soporte vital básico y avanzado y atención a pacientes politraumatizados, y son impartidos por docentes con experiencia consolidada en la materia a impartir.
Estos contenidos vienen desarrollados en el CTI070901 Catálogo de Acciones Formativas.
Para ello, la entidad solicitante debe cumplimentar una solicitud de actividad docente y ser autorizada por la Dirección del 061 ARAGÓN.
La enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en los países industrializados. Esta mortalidad y otras producidas por situaciones de emergencia pueden disminuir si se realizan una serie de acciones que configuran la "Cadena de supervivencia"
El reconocimiento de las situaciones de urgencia más frecuentes y la rápida y eficaz actuación de los primeros intervinientes es clave para garantizar un correcto inicio de la cadena asistencial.
Los primeros intervinientes pueden ser muy diferentes y precisar de formación en SVB y Primeros auxilios adaptados a ellos.
El número creciente de solicitudes de actividades sanitarias dirigidas a niños en edad escolar (infantil y primaria), justifica la necesidad de cubrir las necesidades de los alumnos en estas edades.
Por ello, es necesario el diseño de medios didácticos, la planificación y desarrollo, así como la evaluación de estas actividades de educación sanitaria e integrarlas dentro del Catálogo de Actividades Formativas (CTI070901) del 061 ARAGÓN.
En el 061 ARAGÓN, una vez realizada la actividad docente, se realiza una encuesta de satisfacción cuyos resultados son elemento de entrada en la revisión del Sistema de Gestión por la Dirección. Del mismo modo, es necesario medir el grado de satisfacción de las organizaciones solicitantes de las actividades dirigidas a niños en edad escolar respecto a los objetivos establecidos y las necesidades y expectativas transmitidas en la solicitud. Así, es imprescindible el diseño de una encuesta de satisfacción dirigida a este grupo de interés que permita validar la actividad docente correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Familiarizar a niños con el reconocimiento y la atención inicial de la emergencia, proporcionarles conocimientos básicos y técnicas sencillas para que, una vez aprendidas y mecanizadas, puedan usarlas con seguridad y sin miedo en los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia.
Activar correctamente la alerta sanitaria.
Aprender los conocimientos básicos de las maniobras fundamentales a realizar en una situación de PCR en el niño.
Conseguir las habilidades prácticas necesarias para la identificación de la PCR y la realización de Reanimación Cardiopulmonar básica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Planificación de actividades docentes dirigidas a niños en edad infantil y primer ciclo de educación primaria.
Definición de contenidos y objetivos de las actividades docentes.
Diseño de los medios didácticos necesarios para proporcionar los contenidos básicos en RCP a niños en las etapas de infantil y primaria (presentación en diapositivas y canción, encuesta de satisfacción).
Realización de un pilotaje de la actividad docente.
Evaluación de la actividad docente pilotada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Se han diseñado los medios didácticos necesarios para impartir la actividad de educación sanitaria (SI/NO)
Se ha establecido un programa para la integración de la actividad de educación sanitaria en el Catálogo de Acciones Formativas del 061 ARAGÓN (CTI070901) (SI/NO)
Índice medio de satisfacción con la actividad de educación sanitaria (validación de la actividad) (>7)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Marzo -Mayo 2019: Planificación de la actividad, diseño de medios didácticos y pilotaje de la actividad.
Junio 2019: Evaluación de la actividad docente.
Junio -diciembre 2019: Análisis de las actividades de educación sanitaria.

9. RECURSOS NECESARIOS.

Recursos Humanos: Docentes y Técnico de Formación.
Recursos Materiales: Medios didácticos.

Proyecto: 2019_1503 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA (LA RCP TAMBIEN ES COSA DE LOS MAS PEQUEÑOS)

10. OBSERVACIONES.
No procede.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1498 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA GESTION DEL CONTROL DE CADUCIDADES Y LOTES EN LAS UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA (UME) DEL 061 ARAGON

2. RESPONSABLE JORGE SANCLEMENTE SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ NONAY ADRIANA. FARMACEUTICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FARMACIA 061 ARAGON
· PALLAS PONS BEGOÑA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· MATEO CLAVERIA JESUS. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
· VICENTE VICENTE MARIA VILLAR. TCAE. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP
· LOPEZ BELLIDO ASUNCION MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FARMACIA 061 ARAGON
· ECHANIZ SERRANO EMMANUEL. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· PONTAQUE PEREZ MARTA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 ARAGÓN; es una institución de ámbito autonómico dependiente del SALUD, cuya finalidad es dar respuesta, las 24 horas del día y los 365 días del año, a las demandas de atención sanitaria urgente que se produzcan por parte de la población.
En los servicios de Urgencias y Emergencias del 061 se atiende a una población muy dispersa, lo que supone tener desplegados una importante cantidad de medicamentos distribuidos en cada uno de los diferentes botiquines de cada una de las unidades a lo largo de toda la comunidad autónoma.
Actualmente, desde el Servicio de Farmacia se envía un pedido mensual a cada una de las bases y unidades móviles, cada una de las unidades al recepcionar el pedido debe registrar en una base de datos Access o en unas fichas específicas, las caducidades y el lote de cada uno de los medicamentos y productos sanitarios que recibe mensualmente. Esto supone, una posible fuente de error, ya que se realiza un doble registro, además no homogéneo a lo largo de las diferentes unidades, que puede ser causa de: duplicidad, pérdida de recursos, fuente de error, control deficiente en la gestión de caducidades y stocks. Para evitar este riesgo, se ha puesto de manifiesto la necesidad de crear homogeneidad en la gestión de caducidades y facilitar esta labor al personal encargado de estas funciones. Se pretende crear una aplicación web centralizada desde el Servicio de Farmacia, que pueda ser consultada por todas las unidades, y que les proporcione toda la información en cuanto a caducidades y lotes de los medicamentos que dispone cada unidad. Esta aplicación web estará disponible a través de la Intranet 061.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo principal del proyecto es el desarrollo de una aplicación web disponible en la intranet de información de caducidades y lotes que permita a cada una de las unidades de la Gerencia de Atención Primaria del 061 consultar y tener acceso a dicha información, sin necesidad de hacer un registro por su parte

Con la consecución del objetivo principal se pretende:

- o Facilitar la accesibilidad a la información relacionada con las caducidades y los lotes que tienen disponibles las diferentes unidades con el fin de mejorar la gestión de stocks.
- o Evitar que los profesionales de las diferentes unidades tengan que realizar un doble registro innecesario, centralizando la información a través del Servicio de Farmacia.
- o Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, respecto a la información disponible relacionada con los medicamentos.
- o Implantar de forma progresiva sistemas de información de consulta rápida de medicamentos, extensible a todas las Unidades Móviles de Emergencias (UME) de la Gerencia del 061 que faciliten la gestión de los stocks

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- o Generar una aplicación web de consulta sobre caducidades y lotes de los medicamentos accesible a todas las unidades de la Gerencia, a través de la Intranet del 061.
- o Presentación de la aplicación web a los profesionales del 061 ARAGÓN implicados en la realización de las actividades de aseguramiento del estado operativo de la unidad.
- o Formación del personal sanitario en el manejo de la aplicación web, para que puedan aplicarla en la gestión de caducidades y stocks.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- o Unidades Móviles de Emergencia (UME) del 061 dónde se implanta la nueva aplicación de caducidades (%)
- o Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios con la implantación de la aplicación web.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Mayo 2019 - Agosto de 2019: En la primera parte del proyecto se trabajará junto con el servicio de informática, para diseñar una base de datos que sea accesible a todos los usuarios que se encargan de la gestión de caducidades de medicamentos en la Gerencia del 061
- Agosto 2019- Abril 2020: implantación progresiva de la aplicación web, difusión y formación del personal sanitario en el manejo de la misma.

Proyecto: 2019_1498 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA APLICACION WEB PARA LA GESTION DEL CONTROL DE CADUCIDADES Y LOTES EN LAS UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA (UME) DEL 061 ARAGON

9. RECURSOS NECESARIOS.

- Recursos humanos: dedicación parcial farmacéutico durante el proceso de diseño e implantación de la aplicación web y dedicación parcial por parte del Servicio de Informática y Grupo de Trabajo de Farmacia
- Recursos materiales: base de datos, encuestas de satisfacción.

10. OBSERVACIONES.

Es de aplicación a todo el personal sanitario perteneciente a la red de la Gerencia del 061

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2019_1158 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MEDICIÓN DE LAS RELACIONES CON NUESTROS PROVEEDORES DIRECTOS

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LUESMA GARGALLO
• Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
• Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
• Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• HERRAEZ MARTIN MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. GESTION ECONOMICA
• ROYO ARIÑO MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. GESTION ECONOMICA
• SALVADOR MAINAR GLORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. GESTION ECONOMICA
• YUS BENITO SARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. GESTION ECONOMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

La norma UNE-EN-ISO 9001:2015 establece como requisito la realización de una evaluación sistematizada de aquellos proveedores de productos y servicios que afectan directamente a la calidad de los servicios prestados por la organización cuya finalidad principal es garantizar el continuum asistencial en la prestación sanitaria a las urgencias y emergencias sanitarias de los ciudadanos que lo precisen.

Así mismo, necesitamos conocer el grado de satisfacción de nuestros proveedores como resultado de nuestras relaciones con este grupo de interés.

La evaluación de proveedores es una actividad que se realiza en el 061 ARAGÓN desde la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, siendo necesaria su adaptación a los requisitos de la nueva versión de la norma UNE-EN-ISO 9001:2015. Entre estos nuevos requisitos figura el establecimiento y comunicación de criterios de evaluación de proveedores y la necesidad de medir el grado de satisfacción de los mismos.

El Área de Gestión Económica dispone a través de la aplicación informática del Gobierno de Aragón SERPA, de un registro de proveedores (acreedores) en la que están registrados todos los proveedores que suministran bienes o prestan servicios al 061 ARAGÓN. Para la realización de la evaluación de estos proveedores, se han establecido unos criterios basados en la gestión y clasificación de las incidencias generadas.

La evaluación de los contratistas se realiza tomando como criterio de evaluación los requisitos establecidos en el expediente de contratación.

Actualmente, es necesaria la revisión del procedimiento de evaluación de proveedores y contratistas para su adaptación a los requisitos de la nueva versión de la norma ISO 9001, así como su realización.

Así mismo, estos requisitos determinan la necesidad de establecer herramientas que permitan obtener el grado de satisfacción de los distintos grupos de interés incluyendo proveedores y contratistas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Realizar una clasificación de nuestros proveedores directos en función del cumplimiento de las necesidades y expectativas de la organización, reflejados en los distintos contratos.

Obtener la información relativa a la percepción (índice de satisfacción) que nuestros proveedores y contratistas tienen respecto al cumplimiento de las necesidades y expectativas establecidas en los distintos procesos de contratación.

Obtener la información necesaria para determinar los riesgos y oportunidades en el proceso de gestión de compras y suministros, así como las acciones correctivas pertinentes a las no conformidades detectadas, con el fin de garantizar la calidad de los productos y servicios utilizados por nuestros trabajadores para prestar la asistencia sanitaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Evaluación de proveedores:

- Determinar los criterios de selección de los proveedores.
- Establecer la metodología y los criterios de evaluación de proveedores.
- Establecer una sistemática de comunicación de los criterios de evaluación a los proveedores seleccionados previamente a la realización de la evaluación, y de los resultados obtenidos posteriormente a la realización de la evaluación.
- Determinar el procedimiento de actuación en función de los resultados obtenidos.

Encuesta de satisfacción:

- Establecer un procedimiento para la medición del grado de satisfacción de nuestros proveedores y contratistas.
- Diseñar una encuesta de satisfacción on-line que nos permita la tabulación de los resultados obtenidos, así como su estudio y análisis.
- Presentar resultado encuestas y proponer acciones correctivas en función de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Existe un procedimiento que define la sistemática a realizar para la evaluación de proveedores, así como la medición del grado de satisfacción de proveedores y contratistas s/n.
- Proveedores del 061 ARAGÓN a los que se ha evaluado (%)

Proyecto: 2019_1158 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MEDICION DE LAS RELACIONES CON NUESTROS PROVEEDORES DIRECTOS

- Proveedores directos que han superado la evaluación inicial y de seguimiento (%)
- Se ha diseñado una encuesta de satisfacción para la medición del grado de satisfacción de proveedores y contratistas s/n.
- Proveedores y contratistas a los que se ha remitido la encuesta de satisfacción (%)
- Proveedores y contratistas que han respondido la encuesta de satisfacción (%)
- Índice medio de satisfacción de proveedores y contratistas del 061 ARAGÓN, número de 0 a 10.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Evaluación de proveedores:

Fecha inicio: marzo 2019

Fecha finalización: noviembre 2019

Encuesta de satisfacción:

Fecha inicio: marzo 2019

Fecha finalización: noviembre 2019

9. RECURSOS NECESARIOS.

Responsables profesionales y técnicos de los distintos servicios y áreas 061 Aragón

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recursos necesarios para la asistencia sanitaria de emergencias en Aragón.

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2019_1266 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL GOBIERNO DE ARAGON (HCE-PROYECTO GUHARA) DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

2. RESPONSABLE BELEN MAINAR GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AÑÓN GIMENO DAVID. INFORMATICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. INFORMATICA
· SALDAÑA ROYO SERGIO. INFORMATICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. INFORMATICA
· DOMINGUEZ PLO ESTHER. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· VIDAL PEREZ MARCELO. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP
· CALVO COBOS DAVID. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
· GIMENEZ BLASCO NATALIA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· FAJARDO TRASOBARES MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

Actualmente el 061 carece de una historia clínica en formato digital. Los profesionales de las distintas unidades asistenciales del 061 Aragón, registran los datos relativos a la asistencia prestada, en informes clínicos y registros de enfermería en soporte papel. Este sistema nos obliga a la introducción retrospectiva de datos diagnósticos (CIE9) en la plataforma informática de la gestión de la demanda sanitaria en el CCU (SENECA), a la explotación manual de las historias para la obtención de resultados de nuestros indicadores asistenciales así como a la contratación de una empresa externa de archivo y custodia de documentación clínica.

Estos "informes de alta" que se entregan al paciente generalmente se quedan en el hospital incluidos en la historia en papel del paciente que figura en el Hospital y las copias que se quedan en el 061, se almacenan y custodian en las Bases de las unidades asistenciales y posteriormente en el almacén externo de archivo y custodia de documentación clínica. En esta situación, lo más próximo a Historia Clínica, consistiría en hacer una búsqueda masiva en el Sistema de Información de la plataforma informática SENECA de las asistencias recibidas de un determinado paciente y realizar la búsqueda en papel en las bases o en el almacén de los distintos informes de alta. Esta metodología genera dos hándicaps: Identificación única del paciente en todos los registros generados. Ralentización del proceso asistencial.

En este sentido, hay una mejora pendiente en el sistema de gestión de emergencias actual, que es la integración de SENECA con BDU (Base de Datos Usuario), mejoraría notablemente la identificación de usuarios, la posibilidad de localizar el CIAP del paciente y poder ser vinculado el episodio a una historia global. Asimismo se han creado algunas soluciones informáticas propias (Código Ictus, Síndrome Coronario Agudo, PCR .etc) que recogen datos específicos de paciente, son sistemas "isla" en algunos casos de difícil explotación y cuyo mayor problema es no estar integrado con SENECA, lo que dificulta asociar caso-asistencia.

Integrar la información clínica de la asistencia prestada por las unidades asistenciales del 061 Aragón en la HCE, permitiría cumplir los objetivos.

Este proyecto está dentro del plan estratégico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Aragón 061

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

-Unificar las actuaciones realizadas en un determinado paciente en una única historia clínica para todo el sistema de SALUD.
-Agilizar el sistema de registro y explotación de datos clínicos del 061

6.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Elaboración de un Plan de Diseño y Desarrollo, que contendrá:

- Analizar las necesidades de las unidades asistenciales respecto a las prestaciones de HCE
- Analizar los formatos actuales relativos a informes clínicos asistenciales y hojas de registro de enfermería de distintas unidades asistenciales.
- Adaptar los formatos anteriores a las prestaciones en la plataforma de HCE y crear los correspondientes formularios e informes en HCE.
- Adaptar las instrucciones técnicas y procedimientos a la nueva metodología establecida.
- Realizar una prueba piloto para evaluar los formularios creados y la metodología establecida.
- Difundir e implantar la metodología establecida entre los profesionales de las unidades asistenciales.
- Seguimiento y evolución del proyecto según resultados obtenidos y nuevas necesidades detectadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Existe un informe de análisis de necesidades de unidades asistenciales y de prestaciones de HCE
- Número de informes médicos y registros de enfermería adaptados e integrados en HCE
- Instrucciones técnicas y procedimientos adaptados a la nueva metodología establecida (%).
- Existe un informe de resultado de prueba piloto
- Número de sesiones formativas realizadas

1. TÍTULO **Proyecto: 2019_1266 (Contrato Programa)**

INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL GOBIERNO DE ARAGON (HCE-PROYECTO GUHARA) DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

-Existe un informe de seguimiento y evaluación del proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Enero 2019: Analizar las necesidades de las unidades asistenciales respecto a las prestaciones de HCE. Analizar los formatos actuales relativos a informes clínicos asistenciales y hojas de registro de enfermería de distintas unidades asistenciales.

Febrero-Julio 2019: Adaptar los formatos anteriores a las prestaciones en la plataforma de HCE y crear los correspondientes formularios e informes en HCE.

Septiembre-Octubre 2019: Realizar una prueba piloto para evaluar los formularios creados y la metodología establecida.

Noviembre 2019: Difundir e implantar la metodología establecida entre los profesionales de las distintas unidades asistenciales.

Noviembre-Diciembre 2019: Adaptar las instrucciones técnicas y procedimientos a la nueva metodología establecida.

Diciembre 2019: Seguimiento y evolución del proyecto según resultados obtenidos y nuevas necesidades detectadas.

9. RECURSOS NECESARIOS.

-Creación de un grupo de trabajo que englobe a los grupos de interés.

Uso de infraestructura corporativa SALUD:

Entorno de desarrollo, preproducción y producción de HCE. Pentaho Community Ed.

Dispositivos de acceso embarcados (móviles o tablets). Procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo. Aulas de formación y cronograma de sesiones.

10. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Todas las edades

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas de demanda Urgentes

•PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica